

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'ESTOMAC

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé DESJACQUES
(Hôpital Edouard-Herriot - Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DESBORDES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Mars 1928, à DOLE (Jura)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

**SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU CANCER DE L'ESTOMAC**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'ESTOMAC

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé DESJACQUES
(Hôpital Edouard-Herriot - Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DESBORDES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Mars 1928, à DOLE (Jura)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.
Clinique médicale B.
Clinique chirurgicale A.
Clinique chirurgicale B.
Clinique ophtalmologique.
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique urologique.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.
Clinique gynécologique.
Clinique obstétricale.
Clinique stomatologique.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
Pharmacie et pharmacologie
Physiologie.
Anatomie pathologique.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
MAYOUX.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHHEIM.
X...
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTNUS.
(détaché à Beyrouth)
BOURRET.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
X...
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND.

Médecine du Travail
Parasitologie et pathologie exotique.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
Chimie organique et toxicologie.
Pathologie générale et expérimentale.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.
Anatomie
Pathologie interne.
Chimie biologique et médicale.
Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pharmacie galénique et matière médicale.
Médecine légale et déontologie.
Thérapeutique.
Hygiène.
Biologie médicale et pharmacodynamie.
Propédeutique chirurgicale.
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique pharmaceutique



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSILLON | Pharmacie et pharmacologie. M. DREVON.
Physique biologique. M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM. MM.
Parasitologie. COUDERT. Bactériologie. BERTOYE A.
Parasitologie. ROMAN. Physiologie. CHATONNET.
Histologie. X... Physiologie. CIER.
Biochimie médicale CREYSSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

MM. MM.
Pathologie médicale BRUN. Orthopédie. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M. Obstétrique. BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P. Obstétrique. MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE. Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON. Anatomie pathologique GUICHARD.
Pathologie médicale GALY. Anatomie. LATARJET.
Pathologie médicale GONIN. Urologie. PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD. Ophtalmologie. PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES. Neuro-chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY. Oto-rhino-laryngologie X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT. Dermato-syphiligraphie. THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT. Médecine légale et Médecine du Travail. ROCHE.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale GUILLET.

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGES

Hygiène. M. BENAZET. Pharmacologie et Pharmacie M. CIER André.
Histologie. M. DUMONT Louis. Chimie organique
Physique et Biologie. M. MORET. et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. GABRIELLE ; Assesseurs : MM. DESJACQUES, LECUIRE et GUILLET.

A MA FEMME

A MON FILS

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance et de
mon affection.

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIELLE

Commandeur de la Légion d'honneur

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon

Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Nous lui en exprimons toute notre reconnais-
sance et l'assurons de notre plus profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES

Il nous a inspiré cette thèse.

Nous le remercions du précieux enseignement
reçu dans son service et de la confiance qu'il a
bien voulu nous accorder.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre
respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECUIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLET

En respectueux hommage.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BELZ

*Spécialiste des Hôpitaux militaires
Chef du service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
et du Sanatorium oculaire de Briançon*

En témoignage de notre respectueuse gratitude
pour le stage heureux qu'il nous a réservé dans
son service.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE THALABARD

Assistant des Hôpitaux Militaires

Pendant un an il nous a guidé patiemment,
ne ménageant ni son temps si sa grande bienveil-
lance.

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance
et notre profond attachement.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL CHAVIALLE

*Commandeur de la Légion d'honneur
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A NOS CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AUX DOCTEURS BROTTES, CHOVET, FROMANTIN

En toute amitié.

INTRODUCTION

En général, on considère que le diagnostic de cancer gastrique est un arrêt de mort.

On fait la gastrectomie quand elle est possible parce que le malade semble avoir ainsi une survie plus longue, et souffre moins pour mourir.

La gastrectomie totale n'a peut-être pas amélioré beaucoup ce pronostic. Aussi bien a-t-elle contre elle sa gravité immédiate, et ses troubles post-opératoires (difficultés de digestion, anémie).

Dans quelques cas, la gastrectomie subtotale peut donner une survie assez longue pour que l'on puisse parler de guérison : nous apportons l'observation d'un opéré guéri depuis plus de seize ans. Cette observation a déjà été publiée en 1948, par le Professeur Agrégé Desjacques et le Docteur Gilbertas (*Lyon Chirurgical*, 1948) :

N..., 42 ans, représentant de commerce, consulte en mai 1937 pour un syndrome douloureux épigastrique évoluant par périodes depuis un an. Il s'agit de crampes, souvent très violentes, survenant 2 heures après le repas de midi, plus ou moins calmées par les alcalins. La chute de poids a été en quelques mois de 5 kilogs ; l'inappétence est très marquée. A l'examen, le foie déborde nettement le rebord costal ; la rate n'est pas perçue ; pas de masse à la palpation ; aucun signe de sténose du pylore.

L'examen radiologique de l'estomac est complètement négatif ; les contractions sont régulières et efficaces ; aucun signe d'ulcère ou d'infiltration ; les parois sont souples, aisément parcourues par les ondes ; l'organe est très mobile. On note simplement le long de la grande courbure fundique un aspect festonné vraisemblablement en relation avec l'hypertrophie des plis. Le diagnostic hésite entre une gastrite éthylique et un néoplasme au début sans expression radiologique. La présence de sang dans les selles, l'échec d'un traitement gastro-hépatique d'épreuve, la persistance de l'amaigrissement, incitent le Docteur R. Chevallier à recourir au contrôle gastroscopique. Cette gastroscopie, en juillet 1937, découvre sur la face antérieure de l'antrum, à la partie moyenne du pilier antérieur du sphincter antri, un cratère ulcéreux plus ou moins arrondi, recouvert d'un enduit grisâtre, bordé d'un boudin rouge et bourgeonnant, creusé au centre d'une masse tumorale peu saillante de

4 à 5 cm. de diamètre, mamelonnée et suintante. La rigidité de la paroi est complète dans toute cette zone. Cette tumeur ulcérée n'atteint pas la petite courbure. Chez ce sujet, porteur d'une gastrite hypertrophique du fundus probablement éthylique, il s'agit donc d'une tumeur ulcérée de la face antérieure de l'antré. La gastrectomie est formellement conseillée par le Docteur Chevallier.

Chimisme gastrique: ClH libre: 0; A.C.T.: 1 p. 1.000. De nouvelles radiographies (Docteur Contamin) sont complètement négatives. Weber très positif.

Intervention le 4 août 1937 (Docteurs Desjacques, Martinon). Incision médiane; foie un peu gros; belle tumeur néoplasique de la largeur d'une petite paume de main sur la face antérieure de l'antré, à peu de distance de la petite courbure. Il existe le long de la petite courbure et au-dessous du pylore de nombreux ganglions de consistance molle et d'aspect plutôt inflammatoire. Gastrectomie Polya-Finsterer. L'examen de la pièce montre au centre de la tumeur une vaste ulcération circulaire, limitée par un rebord bourgeonnant.

Suites opératoires simples.

Examen histo-pathologique (Docteur Croizat, n° G. 2.090). Le fragment prélevé montre le passage d'une muqueuse gastrique restant encore normale à une zone où l'on voit pénétrer en profondeur des formations pseudo-glandulaires du type cylindrique, se rapprochant du type intestinal, avec à l'intérieur des tubes glandulaires et des piéges de mucus. Les formations néoplasiques pénètrent profondément dans la musculature, qu'elles dissocient. Le ganglion est le siège d'une réaction de la trame, mais il n'a pas été rencontré d'îlots métastatiques. En somme: Epithélioma glanduliforme né aux dépens d'une muqueuse gastrique, sans métastase ganglionnaire sur le fragment prélevé.

En juillet 1954, l'opéré, suivi régulièrement par le Professeur Agrégé Desjacques, est dans un excellent état de santé.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'être fixé sur les résultats immédiats et éloignés de la gastrectomie subtotalée, à l'heure où l'on pense que la gastrectomie totale donne peut-être des survies plus nombreuses.

Nous avons recherché les observations de gastrectomie pour cancer faites dans le service du Professeur Agrégé Desjacques, de 1941 à 1954 inclus, et nous avons contrôlé les résultats éloignés pour les malades opérés de 1941 à novembre 1950 inclus. Il s'est agi en pratique de cancers respectant la région cardiaque et tubérositaire, ces cancers étant naturellement justiciables de procédés chirurgicaux différents.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES

Du 1^{er} novembre 1941 au 1^{er} juillet 1954, 319 malades atteints de cancer de l'estomac ont été admis dans le service du Professeur Agrégé Desjacques.

253 de ces malades bénéficièrent d'un traitement chirurgical effectif (gastrectomie ou gastro-entéro-anastomose).

La simple laparotomie, sans qu'une anastomose soit possible, a été faite 49 fois ; la gastrostomie pour sténose du cardia : 6 fois ; la jéjunostomie : 1 fois.

10 malades furent amenés dans un tel état qu'aucun traitement chirurgical ne put être entrepris.

Age.

La répartition des cas en fonction de l'âge des malades est la suivante (elle montre assez nettement la progression du nombre des cancers gastriques jusqu'à l'âge de 70 ans, avec une période critique située entre 50 et 70 ans) :

de 30 à 40 ans :	18 cas, soit	5,5 %
de 40 à 50 ans :	49 cas, soit	15,2 %
de 50 à 60 ans :	90 cas, soit	27,1 %
de 60 à 70 ans :	109 cas, soit	34,5 %
de 70 à 80 ans :	50 cas, soit	15,5 %
de 80 à 90 ans :	2 cas, soit	0,6 %
plus de 90 ans :	1 cas, soit	0,3 %

Les plus jeunes de ces malades étaient deux femmes de 30 ans. Toutes deux subirent la gastrectomie subtotale (Obs. n^{os} 66 et 107), avec de bonnes suites opératoires. La première récidiva cependant rapidement avec un cancer des ovaires.

Par ailleurs, nous avons constaté un cas de cancer gastrique chez une femme de plus de 90 ans :

Observation. — Mme A..., 93 ans ; malade amenée dans le service en 1953. En parfaite santé jusqu'à fin 1951, elle présente à cette époque des troubles dyspeptiques de plus en plus accusés. Depuis 2 mois s'y ajoutent des douleurs épigastriques en barre et des vomissements alimentaires fréquents. Important mœlena il y a quelques jours. Gros amaigrissement. A l'examen : signes physiques de sténose ; tumeur épigastrique nette à la palpation. Etat demi-cachectique. Aucune intervention n'est tentée, en raison de l'âge et du mauvais état général de cette malade.

Sexe.

Le cancer de l'estomac frappe l'homme plus que la femme, dans une proportion qui atteint presque le double. Notre statistique comporte 209 observations chez l'homme, soit 65 % des cas, et 110 chez la femme, soit 35 % des cas.

Complications.

La sténose pylorique est d'une relative fréquence. Nous avons pu en relever 98 observations, soit 30 % environ du nombre total des cas.

L'hématémèse abondante est une complication beaucoup plus rare, qui confère, comme nous le vérifions plus loin, une haute gravité du cancer. 6 seulement de nos malades avaient présenté des hématémèses importantes, dont 4 constituaient des urgences vraies. Au total les cas de cancer avec grande hématémèse représentent 2 % environ de l'ensemble des malades.

Le néoplasme perforé, rare lui aussi, a été constaté 6 fois. 5 fois, la perforation était bouchée par le pancréas (Obs. n^{os} 8, 65, 82, 87, 90). Une fois elle était bouchée par le foie (Obs. n^o 107).

Cette complication ne semble pas devoir entraîner une gravité particulière, 5 de ces malades ayant guéri opératoirement.

Associations.

1° Cancer de l'estomac associé à une maladie gastrique ou des voies biliaires, d'où difficultés de diagnostic.

Nous avons relevé : un cas de cancer associé à un ulcère de l'estomac (Obs. n° 40) ; un cas de cancer gastrique associé à une lithiasé vésiculaire (Obs. n° 32).

2° Cancer de l'estomac survenu chez des malades atteints d'une affection pulmonaire grave, augmentant les risques d'une intervention chirurgicale :

— Homme atteint de pneumoconiose (Obs. n° 85).

— Femme de 30 ans, avec tuberculose pulmonaire (Obs. n° 107).

— Femme de 32 ans : état de mal asthmatique (Obs. n° 110).

Ces malades furent cependant tous trois gastrectomisés, avec de bonnes suites opératoires.

Particularités diverses.

1° *Symptomatologie aberrante* : 12 malades ne présentaient aucun symptôme gastrique. Les signes cliniques constatés furent des plus variés : simple amaigrissement (Obs. n° 19) ; anémie (Obs. n°s 1, 13, 70, 75, 105, 119) ; diarrhée chronique (Obs. n° 93) ; signes cliniques de lithiasé vésiculaire (Obs. n°s 26, 80) ; signes cliniques d'occlusion aiguë du grêle (Obs. n° 5) ; signes cliniques de kyste de l'ovaire (Obs. n° 60).

2° *Cancer de l'estomac constaté après gastro-entéro-anastomose* pour lésion ayant semblé être un ulcère :

— Un malade, qui avait 11 ans auparavant subi une gastro-antéro-anastomose pour lésion étiquetée ulcère, revient avec un néoplasme avéré :

Observation. — M... Victor, 64 ans ; entré le 2 décembre 1946. Malade opéré en 1935 pour ulcère de l'estomac (gastro-entéro-anastomose). Depuis un an, douleurs post-prandiales tardives, vomissements aqueux, amaigrissement de 4 kilogs. Les radiographies montrent une image douteuse. Intervention, le 4 décembre 1946 : Docteurs Desjacques, Durand. Rachi-anesthésie. Libé-

ration d'adhérences à la paroi abdominale antérieure. Il s'agit d'un gros néoplasme fixé de la petite courbure. Son extirpation n'est pas réalisable. Comme la bouche de gastro-entéro-anastomose fonctionne, on referme sans pratiquer une nouvelle bouche.

— Un cas semblable, dans lequel toutefois le néoplasme avait fait plus rapidement ses preuves, est cité dans l'observation n° 117 : le malade fut ici justiciable d'une gastrectomie.

3° *Particularité histologique* : L'observation n° 109 rapporte l'unique cas de sarcome gastrique affirmé par l'examen histopathologique. Il s'agissait d'un gros néoplasme de la petite courbure chez une femme de 64 ans, qui subit la gastrectomie. La symptomatologie était banale, et l'intervention est trop récente pour qu'on puisse en étudier les résultats éloignés.

CHAPITRE II

LES OPERATIONS PRATIQUES

I. — Simple laparotomie exploratrice.

Elle a été pratiquée 49 fois.

II. — Gastro-entéro-anastomose.

Nous avons relevé 128 cas de cancers gastriques traités par gastro-entéro-anastomose, du 1^{er} novembre 1941 au 1^{er} juillet 1954. 96 ont été réalisées chez des hommes, 32 chez des femmes.

— La gastro-entéro-anastomose antérieure a été faite 32 fois (21 au bouton, 11 à la suture), avec une mortalité opératoire de 18,7 %.

— La gastro-entéro-anastomose postérieure a été réalisée 96 fois (48 au bouton, 48 à la suture), avec une mortalité opératoire de 30 %.

Au total, nous constatons que la mortalité opératoire de la gastro-entéro-anastomose est de 35 cas sur 128, soit 27 %.

Nous comptons comme mortalité opératoire les issues fatales survenues dans les 2 mois qui suivent l'intervention. Le nombre de ces décès rapides varie avec l'âge des malades. C'est ainsi que nous constatons :

pour 3 opérés de 30 à 40 ans,	1 décès, soit 33 % de mortalité ;
pour 13 opérés de 40 à 50 ans,	0 décès, soit 0 % de mortalité ;
pour 30 opérés de 50 à 60 ans,	9 décès, soit 30 % de mortalité ;
pour 50 opérés de 60 à 70 ans,	10 décès, soit 20 % de mortalité ;
pour 30 opérés de 70 à 80 ans,	14 décès, soit 47 % de mortalité ;
pour 2 opérés de plus de 80 ans,	1 décès, soit 50 % de mortalité.

III. — Gastrectomie.

La statistique générale portant sur la période du 1^{er} novembre 1941 au 1^{er} juillet 1954 nous donne le chiffre de 125 gastrectomies pratiquées sur néoplasme. Nous relevons 67 interventions chez les hommes (pour 209 malades), 58 chez les femmes (pour 110 malades).

C'est-à-dire que la gastrectomie fut réalisable seulement chez 30 % des hommes, alors que 50 % des femmes présentaient des tumeurs encore extirpables.

Cependant, l'étude comparée de nos observations n'établit pas que les femmes aient bénéficié d'un diagnostic plus précoce, ni d'une « meilleure » localisation du cancer. Dans les 2 sexes en effet on obtient des pourcentages similaires de localisation à l'antra pylorique (60 %) et à la petite courbure (25 %). Il est vrai que les quelques cas restants montrent chez la femme une plus grande proportion de néoplasmes de la grande courbure, contrairement à ceux du corps de l'estomac et du cardia, plus souvent rencontrés chez l'homme. Toutefois, le nombre peu élevé de telles localisations ne saurait expliquer la nette différence existant entre les deux sexes quant à la fixation de la tumeur. Nous ne voulons pas tenter ici une explication fondée sur des considérations autres qu'anatomiques. Nous nous bornerons donc à constater un fait : le cancer de l'estomac est non seulement plus rare, mais semble aussi avoir d'emblée un meilleur aspect chez la femme, qui bénéficie plus que l'homme de la cure chirurgicale.

Toutes les gastrectomies pour cancer pratiquées dans le service du Professeur Agrégé Desjacques ont été des Billroth II, sauf 1 Finsterer au bouton, 1 Polya et 2 Kocher.

Nous avons pu constater 37 décès dans les 2 mois qui suivirent les interventions, ce qui donne à la gastrectomie subtotale une mortalité d'environ 30 %.

Ici encore, la mortalité est différente selon l'âge des malades :

de 30 à 40 ans :	12 interventions,	1 décès, soit 8 % de mortalité ;
de 40 à 50 ans :	31 interventions,	9 décès, soit 30 % de mortalité ;
de 50 à 60 ans :	42 interventions,	13 décès, soit 30 % de mortalité ;
de 60 à 70 ans :	33 interventions,	12 décès, soit 36 % de mortalité ;
plus de 70 ans :	7 interventions,	2 décès, soit 30 % de mortalité.

La mortalité semblera anormalement basse pour les vieillards de plus de 70 ans, mais ceci s'explique par le fait que la gastrectomie pratiquée à pareil âge exigeait chez ces malades des conditions exceptionnellement favorables.

Ainsi que l'avait déjà fait remarquer le Professeur Agrégé Desjacques (*Lyon Chirurgical*, 1948), la sténose pylorique n'est pas une contre-indication de la gastrectomie. Parmi les 125 gastrectomies de cette statistique, on relève 24 interventions pratiquées sur des sténoses caractérisées (Obs. n° 8, 11, 16, 35, 37, 47, 48, 49, 53, 55, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 78, 87, 110, 120, 124) ; 6 de ces malades sont décédés dans les suites opératoires (Obs. n° 16, 37, 49, 53, 71, 87), ce qui confère à la gastrectomie sur sténose une mortalité opératoire de 25 %, chiffre qui, comme on le voit, n'est pas supérieur à celui de la mortalité pour gastrectomie chez l'ensemble de nos malades.

La gastrectomie est parfois possible, avec bonnes suites opératoires, même dans des cas particulièrement défavorables (Obs. n° 35).

Deux fois seulement (Obs. n° 11 et 16), l'intensité de la sténose a nécessité une gastro-entéro-anastomose préalable.

Les pièces de gastrectomie ont été systématiquement étudiées : à la différence des sténoses ulcéreuses où le rétrécissement pylorique est tel que presque rien ne passe le plus souvent, dans la sténose cancéreuse, malgré l'aspect radiologique pré-opératoire, on passe facilement l'index dans presque tous les cas ; la sténose est fonctionnelle, complétée par un spasme ; la sténose anatomique est très rare.

En revanche la grande hématomèse, éventualité exceptionnelle, est d'un pronostic immédiat très sombre : 4 de nos malades présentèrent des hématomèses abondantes constituant des urgences chirurgicales ; 3 d'entre eux subirent la gastrectomie subtotale (Obs. n° 38, 39, 124) ; un seul survécut à l'opération (Obs. n° 124). La quatrième observation concerne un malade amené dans un état désespéré : nous la résumons brièvement :

Homme de 55 ans. Hématomèses le 18 janvier 1945, entérorragies graves le 5 novembre 1945. A l'entrée, malade très pâle ; numération : 2.800.000 globules rouges. Intervention le 6 novembre 1945 (Docteurs Desjacques, Girard-Madoux) ; néoplasme très étendu de la petite courbure fixé en arrière ;

nombreuses granulations néoplasiques sur le péritoine, nombreux ganglions le long de la grande courbure ; estomac très infiltré ; aucune intervention n'est possible. Fermeture.

Le 8 novembre 1945, le malade présente une hématomèse subite et très importante dans l'après-midi ; tension à 7. Décès le 9 novembre 1945.

En face de l'hémorragie aiguë grave due à un cancer, on demeure donc toujours un peu désarmé. La thérapeutique a été assez décevante dans les cas que nous publions. Toutefois, un malade a guéri opératoirement, ce qui, s'il en était besoin, confirmerait en pareils cas l'indication formelle de la gastrectomie.

Gravité des opérations.

De telles interventions sont entachées comme on le voit d'une mortalité immédiate très importante. Il faut remarquer, à ce propos, que le but de notre Maître, le Professeur Agrégé Desjacques, est de faire toujours le maximum, en face d'une maladie dont l'évolution spontanée est fatale à brève échéance. C'est pour cette raison qu'ont été réalisées :

- une laparotomie même si le malade était cachectique ;
- une gastro-entéro-anastomose même si on ne disposait que de peu de place sur l'estomac ;
- une gastrectomie même si la tumeur paraissait assez fixée.

En somme, on a soigné le malade en lui donnant son maximum de chances ; on n'a pas « soigné la statistique ».

Le chirurgien qui opère avec ces directives perd un malade sur trois dans un délai rapproché. Mais en général la famille prévenue accepte ce risque.

CHAPITRE III

RESULTATS ELOIGNES

I. — Résultats éloignés de la gastro-entéro-anastomose.

Bien entendu il n'est pas envisagé de guérison par ce procédé, mais les malades ainsi traités voient souvent s'installer une survie appréciable. Nous avons relevé l'observation d'un malade traité en 1946 par gastro-entéro-anastomose postérieure, qui survécut plus de 6 ans à l'intervention, décédant d'une autre affection.

L... Benjamin, 61 ans, entre le 20 août 1946 avec des signes cliniques et radiologiques de sténose pylorique, installée en 1 mois.

Intervention : le 26 août 1946 (Docteurs Desjacques, Margotton). Anesthésie générale. Néoplasme pylorique en virole, fixé en arrière, avec un noyau de généralisation péritonéale à distance. Gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture. Fermeture totale. Suites simples : le malade sort le 18 septembre 1946. Il revient dans le service au début de l'année 1953, porteur d'un néoplasme double du rectum. Le malade refuse une intervention palliative. Décès le 18 avril 1953.

II. — Résultats éloignés de la gastrectomie subtotale.

Nous avons recherché les résultats éloignés des gastrectomies subtotaux pour cancer, pratiquées de novembre 1941 à novembre 1950. Nous rapportons ci-après les observations qu'elles concernent (Obs. n° 1 à 78 incluses). Il s'agissait de 42 hommes et 36 femmes.

25 décès sont survenus dans les suites opératoires immédiates (Obs. n° 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 53, 54, 57, 63, 71),

26 malades, guéris opératoirement, ont récidivé (Obs. n° 19, 20, 29, 31, 36, 41, 42, 47, 48, 50, 52, 55, 56, 58, 59, 61, 64, 65, 66, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 78).

2 sont morts d'autre chose :

— un malade s'est suicidé (Obs. n° 76) ;

— une malade est décédée à la suite d'un cancer de l'utérus (Obs. n° 13).

13 malades n'ont pas pu être suivis après leur sortie de l'hôpital, soit qu'ils aient changé d'adresse, soit qu'eux ou leur famille aient négligé de répondre aux lettres envoyées (Obs. n° 14, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 35, 60, 62, 67, 68, 77).

12 malades présentent actuellement un état de santé satisfaisant.

Parmi eux, certains, opérés depuis longtemps, pourraient être considérés comme des guérisons définitives.

Nous publions ces cas dans les observations n° 1 à 12.

Elles rapportent :

1 survie après 11 ans : Obs. n° 1 ;

2 survies après 9 ans : Obs. n° 2 et 3 ;

1 survie après 8 ans : Obs. n° 4 ;

3 survies après 7 ans : Obs. n° 5, 6 et 7 ;

2 survies après 5 ans : Obs. n° 8 et 9 ;

3 survies après 4 ans : Obs. n° 10, 11 et 12.

L'existence des 13 malades dont les suites opératoires éloignées sont inconnues amènerait à calculer nos pourcentages sur la statistique de 65 gastrectomies subtotaux, au lieu de 78. Dans ce cas le nombre actuel des survivants représenterait 18 % des gastrectomisés, soit 30 % environ des guérisons opératoires.

Nous pouvons penser cependant que les malades dont nous sommes sans nouvelles comportent une bonne proportion de résultats défavorables.

En comptant ces 13 opérés parmi les récidives, nous réduisons la proportion de survies actuelles à 15 % de la totalité des gastrectomisés, soit 22 % seulement des malades guéris opératoirement.

Nous pouvons donc affirmer avec une assez grande approximation que la gastrectomie subtotale pratiquée sur néoplasme comporte 30 % de mortalité opératoire, 55 % de résultats temporaires, et 15 % de guérisons possibles.

Survies de plus de 3 ans.

Outre les 12 observations précitées de malades opérés avant 1950 et actuellement en bon état général et local, nous avons constaté que 7 malades ont survécu plus de 3 ans à la gastrectomie subtotale (Obs. n^{os} 13, 20, 29, 36, 41, 74, 75). Donc, même en calculant au pire, c'est-à-dire en comptant parmi les récidives *précoces* les 13 malades dont les résultats éloignés nous sont inconnus, nous constatons que la gastrectomie subtotale a permis, pour 78 malades, 19 survies de plus de 3 ans, ce qui représente près de 25 % du nombre total des opérés.

Etude des récidives.

75 % environ des malades guéris opératoirement ont récidivé.

a) *Délai d'apparition* : il est très variable, de quelques mois à plusieurs années. La possibilité de récidive très tardive doit toujours être envisagée.

— L'observation n^o 36 concerne un malade qui récidiva 6 ans après l'intervention.

— L'observation n^o 29 un malade qui récidiva 4 ans après.

— Les observations n^{os} 20, 41, 74 et 75 : des malades chez lesquels la récidive survint 3 ans après la gastrectomie.

b) *Localisation de la récidive* : 70 % des récidives se sont produites *in situ* (Obs. n^{os} 36, 42, 47, 48, 52, 55, 56, 58, 61, 64, 65, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 78). 18 % furent des récidives hépatiques (Obs. n^{os} 20, 29, 41, 50, 59). Ces proportions sont sensiblement les mêmes pour les deux sexes. Les 12 % restants se répartissent à égalité dans trois genres de récidives plus rares :

— Cancer des ovaires du type Krükenberg (Obs. n^o 66), métastase ombilicale (Obs. n^o 31), métastase ganglionnaire cervicale (Obs. n^o 19).

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

I. — GUERISONS

Nous considérons comme guéris les 12 malades opérés avant 1950 qui présentent en 1954 un état local et général satisfaisant. Nous ajoutons l'observation d'une malade qui survécut 9 ans à la gastrectomie, décédant en 1952 d'une affection sans relation apparente avec le cancer de l'estomac.

OBSERVATION 1

M... Antoinette, 40 ans. Entrée le 15 juillet 1943.

Néoplasme de la grande courbure. Le 16 juillet 1943 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyée par le Pavillon N *bis*, où on l'avait adressée pour anémie pernicieuse.

Antécédents surtout gynécologiques : une fausse-couche, puis deux grossesses pendant lesquelles la malade a subi un traitement anti-syphilitique. Cette malade aurait eu une fixation utérine en 1934. Enfin, en août 1942, pendant un mois consécutif, présence d'importantes pertes rouges.

L'affection actuelle remonte au 3 juillet 1943 : à son lever, la malade est prise de vertiges, et dans l'après-midi elle tombe en syncope dans la rue. Ramenée chez elle, elle appelle son médecin qui l'envoie à l'hôpital. A l'entrée à N *bis*, le 3 juillet : malade très pâle, aux conjonctives décolorées. Apyrexie. Pas d'autres signes fonctionnels que l'asthénie et les vertiges ; notamment pas de troubles digestifs, pas d'anorexie, transit normal.

A l'examen : Abdomen souple, indolore, mais où l'on décèle, dans l'hypocondre droit, entre les fausses-côtes et l'ombilic, une petite masse dure indépendante du foie. Par ailleurs, examen général : œdème des membres inférieurs ; tension artérielle 10,5/5.

Examens de laboratoire :

Numération globulaire : 1.550.000 globules rouges ; 9.000 globules blancs. Formule leucocytaire : normale.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

La malade subit le 5 juillet une transfusion de 250 cc. La réaction de Weber reste positive jusqu'au 13 juillet.

Les radiographies gastriques en série montrent un néoplasme de la portion horizontale de la grande courbure et une compression du bulbe par la vésicule.

Intervention : le 16 juillet 1943 ; Docteurs Desjacques, Paillot.

Anesthésie locale. Beau néoplasme de la grande courbure. Pas de ganglions visibles. Pas d'envahissement hépatique. Pas d'ascite. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 55 minutes.

Il n'y a pas d'altération de la vésicule, mais la grande courbure, très descendue, amène une coudure du bulbe, ce qui peut expliquer l'interprétation des radiographies.

Examen histo-pathologique : Épithélioma cylindrique riche en monstruosités nucléaires, envahissant les différents plans de la préparation, réalisant quelques formations adénoïdes, mais plus souvent ayant une disposition des plus atypiques. Il s'accompagne d'une réaction inflammatoire considérable, sous forme d'une infiltration à polynucléaires. Il n'y a pratiquement pas de stroma-réaction. En somme, il s'agit d'un épithélioma gastrique, s'accompagnant de signes inflammatoires, à évolution probablement rapide.

Suites : Suppuration abondante et fétide par le drain. Phlébite déclarée le 15^e jour, ce qui retarde la sortie de cette malade jusqu'au 6 septembre 1943, date à laquelle son état est excellent.

A donné de ses nouvelles en mars 1954 : bon état général, digestions assez bonnes, constipation épisodique.

OBSERVATION 2

G... Jeanne, 60 ans. Entrée le 8 août 1945.

Néoplasme de la grande courbure. Le 9 août 1945 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyée par le Professeur Ravault. Antécédents héréditaires et collatéraux : sa mère et une de ses sœurs sont décédées de cancer du pylore. Antécédents personnels : a subi une myomectomie en 1936 ; constipation opiniâtre depuis longtemps.

L'affection actuelle remonte cliniquement à 13 jours : violentes coliques dans l'hypocondre gauche, survenant par paroxysmes. Importants borborygmes. L'émission répétée de gaz et de selles ne soulage pas la malade.

A l'examen : La palpation de l'hypocondre gauche montre une masse grosse comme une mandarine, bien délimitée, douloureuse à la pression. La douleur ne se propage pas sous les fausses-côtes ; la masse ne descend pas dans les fortes inspirations.

Le diagnostic est imprécis entre néoplasme colique, gastrique, ou même rénal. Toutefois, comme aucun accident de subocclusion ne s'est produit, mais que la malade présente seulement une forte constipation, on est plus enclin à penser au cancer gastrique.

La radioscopie gastrique montre une image lacunaire de la grande courbure, sans qu'il n'y ait par ailleurs aucun obstacle au transit.

Intervention : le 9 août 1945 ; Docteurs Desjacques, Wertheimer. Anesthésie

générale. Le diagnostic étant imprécis, et la masse sous-ombilicale gauche, on pratique l'incision de Lecène.

En réalité, il s'agit d'un néoplasme de la grande courbure, bien mobile. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Présence de quelques petits ganglions le long de la petite et de la grande courbures.

Examen de la pièce : Néoplasme à bords bourgeonnants, grand comme une petite paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma type intestinal, constitué par des boyaux glanduliformes et des masses pleines, ébauchant à peine quelques cavités glandulaires. Activité mitotique réduite. Quelques atypies nucléaires. Stroma fibrillaire légèrement inflammatoire, sans nécrose. Le ganglion adjacent n'est pas envahi par la tumeur.

Suites : Légère suppuration pariétale. Apparition de vomissements alimentaires, calmés toutefois par les alcalins. La malade reste très asthénique. Elle sort le 19 septembre 1945.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : Excellent état général ; bonnes digestions ; constipation épisodique.

OBSERVATION 3

D... Marie, 38 ans. Entrée le 30 novembre 1945.

Petit néoplasme gastrique au début. Le 3 décembre 1945 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyée pour intervention par le Docteur Vachon. Aucun passé gastrique jusqu'en 1943. L'affection actuelle a débuté il y a 2 ans par de petites crises douloureuses à type de crampes, siégeant au creux épigastrique. Ces douleurs apparaissaient alors 4 à 5 heures après les repas ; elles duraient quelques secondes seulement, et aboutissaient au rejet de quelques gorgées de liquide clair. Ce tableau a duré 18 mois. Depuis 4 à 5 mois, les douleurs deviennent plus intenses, durent un quart d'heure environ et sont irradiées en barre sous le sein gauche. Elles suivent toujours le même horaire. Le repos en décubitus dorsal, le kaolin, les aliments, les calment notablement. Enfin, depuis 3 semaines, les douleurs surviennent 2 à 3 fois par jour, sans horaire fixe. Pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèse ni de mœlena, pas d'anorexie. Mais amaigrissement de 5 kilogs depuis 1 mois.

A l'examen : Point douloureux épigastrique à la palpation.

Les radiographies gastriques en série, pratiquées le 6 novembre 1945, montrent une lésion suspecte. Le Docteur Vachon prescrit un traitement médical et demande à revoir la malade 15 jours plus tard. Les radiographies du 27 novembre montrent un accroissement sensible du processus pathologique, justifiant une intervention rapide : rigidité et mauvaise imprégnation de l'angle de la petite courbure, sur tous les clichés.

Intervention : le 3 décembre 1945 ; Docteurs Desjacques, Revol. Anesthésie locale. On ne trouve qu'une toute petite induration au niveau de la petite

courbure, à 5 cm. en amont du pylore. Quelques ganglions le long de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Fermeture sans drainage. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Petite ulcération à bords saillants, légèrement indurés.

Examen histo-pathologique : Le fragment de muqueuse est profondément modifié. Il ne présente plus l'aspect classique en tubes, mais il est composé d'un stroma dans lequel on trouve des cavités glandulaires allongées ou arrondies, irrégulières. Le ganglion adjacent ne présente aucune lésion. L'aspect est en somme celui d'une gastrite simple, mais il a été vu 2 mitoses. Il s'agit probablement d'un épithélioma gastrique typique à l'extrême début.

Suites : Simples, sans aucun incident.. La température n'a pas dépassé 37°7. La malade sort le 20 décembre 1945.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : Bon état général, digestions excellentes ; pas de diarrhée, un peu de constipation.

OBSERVATION 4

C... Francis, 36 ans. Entré le 17 septembre 1946.

Néoplasme de la petite courbure. Le 19 septembre 1946 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyé par le pavillon N pour syndrome ulcéreux. Aucun antécédent gastrique. L'affection actuelle a débuté il y a 3 ans, par un syndrome douloureux gastrique de type semi-tardif. Les douleurs sont à siège épigastrique, irradiées dans le dos. Rarement suivies de vomissements, elles sont calmées par l'ingestion de bismuth. Elles surviennent par crises d'une durée de 10 jours environ. Les accalmies sont souvent de plusieurs mois, si bien que le malade n'a jusqu'ici pas consulté. La crise la plus récente, qui amène ce malade à l'hôpital, a débuté il y a une quinzaine de jours. Les douleurs sont du type habituel, mais elles persistent nuit et jour. Pas de vomissements ni d'hématémèses. Par contre, anorexie, asthénie, amaigrissement de 3 kilogs.

A l'examen : Abdomen souple, mais existence d'un point douloureux épigastrique.

Les radiographies gastriques montrent une niche de la portion horizontale de la petite courbure, avec profonde encoche de la grande courbure. Aspect lacunaire du pylore.

Intervention : le 19 septembre 1946 ; Docteurs Desjacques, Garnier. Rachianesthésie. Le pylore et la région prépylorique sont le siège d'une grosse tumeur indurée. Mais le péritoine est déprimé en avant, comme au niveau d'un ulcère calleux. Quelques ganglions le long de la petite et de la grande courbures. La masse adhère en arrière, au niveau du pancréas et du mésocolon transverse, que l'on arrive toutefois à libérer. Gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Grosse ulcération à rebord bourgeonnant.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique infiltrant de l'estomac,

partiellement ulcéré. Le fond de l'ulcération est analogue à celui d'un ulcère banal, mais les bords sont constitués par des glandes muqueuses hyperplasiques, nettement atypiques, avec monstruosité cellulaires. L'existence de boyaux glanduliformes en pleine musculature signe la nature maligne et épithéliomateuse de cette tumeur. Le ganglion lymphatique adjacent est d'aspect normal.

Suites : simples. Le malade sort le 6 octobre 1946.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : Bon état général ; digestions normales ; pas de diarrhée ni de constipation.

OBSERVATION 5

M... Dolorès, 59 ans. Entrée le 24 mai 1947.

Néoplasme antro-pylorique à symptomatologie d'occlusion intestinale aiguë. Le 24 mai 1947 : Gastrectomie Finsterer.

Malade envoyée par le médecin de garde du dispensaire de Villeurbanne, pour occlusion intestinale aiguë.

Cette malade, qui a été soignée pour insuffisance hépatique pendant très longtemps, souffrait depuis 10 ans environ de crises de ballonnement qui avaient toujours cédé spontanément. Pas de diarrhée, pas d'hémorragie intestinale. Mais depuis 2 ou 3 mois est apparue une anorexie intense, avec pâleur et gros amaigrissement. La malade a présenté depuis cette date de vagues douleurs gastriques, sans caractères spéciaux, quelquefois suivies de vomissements.

L'affection actuelle a débuté il y a 12 heures, par une violente crise abdominale avec ballonnement intense, coliques violentes, arrêt des matières et vomissements. Cette crise a cédé au traitement médical. A l'entrée, la malade est pâle, asthénique et présente une langue très saburrale. La dernière selle date de 13 heures. Il n'y a pas d'arrêt des gaz. Apyrexie complète.

A l'examen : Abdomen moyennement dilaté, sans ondes péristaltiques. On est frappé par l'état de maigreur de cette malade. On relève la présence d'une masse épigastrique un peu douloureuse à la pression, du volume d'une petite orange.

La radiographie abdominale est négative.

Intervention : le 24 mai 1947 ; Docteurs Desjacques, Andrié. Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale que l'on prolonge ensuite vers le haut.

Ce n'est pas une occlusion intestinale, mais une sténose gastrique, en amont d'un néoplasme antro-pylorique, gros comme une pomme, adhérent au mésocolon transverse. On est obligé d'enlever une rondelle de mésocolon transverse, qui contient la colica media. Gastrectomie Finsterer au gros bouton de Villard. En cours d'intervention on trouve un estomac rempli par des aliments, qu'on est obligé d'évacuer avec une cuiller. En fin d'intervention, le côlon paraît bien vascularisé ; fermeture totale.

Examen de la pièce : Enorme néoplasme, avec grande cavité antrale dont les bords sont bourgeonnants. Très peu de ganglions.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique, diffus, constitué par des travées néoplasiques très confluentes. Dans ces travées, présence de cellules à protoplasma faiblement acidophile, à noyaux très polymorphes. Aucune disposition glanduiforme. Scroma inflammatoire. Envahissement total de la paroi : on ne retrouve que des vestiges de musculature, dissociée par le néoplasme. Le ganglion adjacent est normal.

Suites : simples. La malade sort le 21 juin 1947.

Revue à la consultation du 15 janvier 1954, la malade présentait un excellent état local et général.

OBSERVATION 6

S... Louis, 47 ans. Entré le 12 août 1947.

Néoplasme antro-pylorique. Le 14 août 1947 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyé par le Docteur Vachon. Aucun antécédent gastrique. L'affection actuelle remonte à 1 an environ. Le malade, qui ne souffrait pas encore de l'estomac, se plaignait d'une anorexie élective pour les viandes et les graisses. Depuis 8 mois, apparition de douleurs gastriques survenant une demi-heure après le petit déjeuner, 2 heures après les autres repas. Ces douleurs débutent dans la région sous-mamelonnaire gauche, puis s'étendent à toute la région épigastrique, avec parfois irradiation dorsale. Elles sont fréquemment suivies de vomissements « marc de café ». Non calmées par les aliments, les douleurs sont apaisées par le decubitus dorsal. Par ailleurs, depuis 1 an, ce sujet a maigri de 15 kilogs.

A l'examen : La région épigastrique est douloureuse dans son ensemble. Pas de tumeur perceptible.

Intervention : le 14 août 1947 ; Docteurs Godinot, Andrié. Anesthésie générale. Incision médiane.

Cancer de la petite courbure, sans adhérences, mais envahissement ganglionnaire dans la chaîne de la coronaire. Gastrectomie Billroth II.

Examen histo-pathologique : Sous l'épithélium normal, envahissement des couches superficielles par un épithélioma glandulaire typique.

Suites : Forte suppuration de la paroi. Une hématémèse assez abondante 8 jours après l'intervention. Ensuite, amélioration rapide.

Le malade quitte le service le 15 octobre 1947.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : Bon état général, digestions normales ; pas de diarrhée ni de constipation.

OBSERVATION 7

B... Jean, 52 ans. Entré le 3 novembre 1947.

Néoplasme antro-pylorique. Le 5 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Malade envoyé par le Docteur Desjacques pour intervention. Aucun anté-

cédent gastrique. L'affection a débuté il y a 6 mois par une anorexie progressive, avec amaigrissement. Depuis 4 mois, ce malade présente des douleurs gastriques continues, exacerbées après les repas. Elles ne s'accompagnent jamais de vomissements alimentaires, mais de vomissements aqueux, surtout le matin. Pas d'hématémèse ni de mœlena.. Amaigrissement de 12 kilogs.

A l'examen : Région épigastrique très douloureuse. Pas de tumeur perceptible. Clapotage. Pas d'ondes péristaltiques. Par ailleurs ce sujet présente un teint anémique. Son état général est médiocre.

Les radiographies gastriques montrent une image en cône pré-pylorique.

Intervention : le 5 novembre 1947 ; Docteurs Desjacques, Replumaz. Rachi-anesthésie. Gros néoplasme antro-pylorique avec volumineuse adénopathie ramollie sous-pylorique. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 60 minutes. On laisse un volumineux ganglion, très haut à la face postérieure du cardia.

Examen de la pièce : Néoplasme à bords bourgeonnants, gros comme une pièce de 20 francs.

Examen histo-pathologique : Le fragment d'estomac envoyé présente une muqueuse gastrique normale qui dégénère à l'une de ses extrémités. De ce point partent en profondeur des boyaux épithéliaux extrêmement denses, ne réalisant pas de cavité pseudo-glandulaire typique, mais constitués par des cellules irrégulières, à noyaux monstrueux et anarchiques. Il s'agit d'un épithélioma atypique de la muqueuse gastrique.

Suites : simples. Le malade sort le 4 décembre 1947.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : bon état général ; digestions normales. Pas de constipation ni de diarrhée.

OBSERVATION 8

B... Pierre, 61 ans. Entré le 2 mars 1949.

Néoplasme pylorique avec sténose, perforé, bouché par le pancréas. Le 5 mars 1949 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyé par le Docteur Barbier. Aucun antécédent gastrique. Depuis 2 ou 3 ans, ce malade présente des troubles dyspeptiques post-prandiaux précoces, à type de brûlures, renvois, ballonnements, pesanteurs, calmés en partie par les alcalins et les aliments. Atteinte discrète de l'état général. Depuis le 20 janvier : si les troubles dyspeptiques n'empirent guère, l'état général décline vite ; anorexie croissante, asthénie ; amaigrissement de 8 kilogs.

A l'examen : Abdomen souple. Pas de point douloureux ni de tumeur décelables.

Les radiographies gastriques montrent une niche pré-pylorique sur une lacune.

Intervention : le 5 mars 1949 ; Docteurs Desjacques, Gangolphe. Rachi-anesthésie. Grand estomac à parois épaissies. On est dans l'impossibilité de préciser immédiatement s'il s'agit d'un ulcus ou d'un cancer du pylore : en

effet, celui-ci est le siège d'une forte induration adhérente à la tête du pancréas. En clivant celle-ci, la lésion s'ouvre comme un ulcère bouché. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Grosse ulcération comme une pièce de 2 francs, à bords un peu bourgeonnants. L'orifice pylorique laisse facilement passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique ulcéré envahissant toute la paroi de l'estomac. Cet épithélioma est constitué par de petites formations tubulées, soit pleines, soit creuses, et aussi par des cellules néoplasiques isolées dans un stroma fibro-inflammatoire. Quelques-unes de ces cellules contiennent dans leur cytoplasme une vacuole de mucus. En marge de l'ulcération se retrouve la muqueuse gastrique, hyperplasiée et également en voie de transformation néoplasique. (Professeur J.-F. Martin).

Suites : Vers le 10^e jour, scène d'infarctus pulmonaire, puis phlébite gauche a minima.

Nouveau séjour le 3 septembre 1950 : le malade se plaint de quelques troubles dyspeptiques, mais aussi de douleurs thoraciques situées au-dessus de la région précordiale. Ces douleurs ne sont pas de type angineux. Par ailleurs, palpitations fréquentes, vertiges, lipothymie. Toux légère avec expectoration. Les examens abdominal, pulmonaire, cardiaque, sont négatifs. Le malade sort le 16 septembre 1950 avec un traitement médical.

Nouveau séjour le 12 mars 1954 : Le malade se plaint encore de douleurs thoraciques en ceinture et de douleurs lombaires basses. D'autre part, signes digestifs : flatulence, puis douleurs à type de coliques ; un peu de constipation. Mais tous les examens sont négatifs, en particulier les radiographies gastriques, qui montrent un aspect et un fonctionnement normaux de la gastrectomie.

Le malade quitte le service le 9 avril 1954.

OBSERVATION 9

G... François, 54 ans. Entré le 2 mai 1949.

Gros néoplasme de la petite courbure. Le 3 mai 1949 : Gastrectomie Billroth II.

Malade du Docteur Desjacques. Dans les antécédents personnels on relève un passé de dyspeptie. Depuis 1 an, ce sujet présente des troubles digestifs plus marqués : ballonnements, brûlures, renvois aqueux fréquents, anorexie marquée. En janvier 1949, à l'occasion d'une grippe, ces troubles s'accusent encore davantage. Le malade souffre maintenant de douleurs gastriques post-prandiales précoces, avec sensation de flatulence. Nausées fréquentes ; pas de vomissements. L'état général est atteint : anorexie considérable, asthénie, amaigrissement de 5 kilos en 2 mois.

A l'examen : On sent, dans la région épigastrique et sous les fausses-côtes gauches, une masse un peu dure qui semble gastrique.

Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire antro-pylorique.

Intervention : le 3 mai 1949 ; Docteurs Desjacques, Avet, Touraine. Rachi-anesthésie. Gros néoplasme, mais bien mobile, avec quelques ganglions le long de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 32 minutes.

Examen de la pièce : gros cancer pré-pylorique, bourgeonnant.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique infiltrant de la muqueuse gastrique. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Suites simples. Le malade sort le 25 mai 1949.

Malade revu en consultation le 21 janvier 1954. Bon état local et général ; pas de récurrence.

OBSERVATION 10

B... Léon, 55 ans. Entré le 10 juin 1950.

Néoplasme antro-pylorique. Le 12 juin 1950 : Gastrectomie Billroth II.

Malade du Docteur Desjacques. Pas d'antécédents digestifs. Depuis 6 mois, ce sujet présente des douleurs gastriques à type de faim douloureuse, sans caractère périodique, calmées par l'ingestion alimentaire. Pas de vomissements, ni d'hématémèses, ni de mœlena. Asthénie légère, mais important amaigrissement : 7 kilos en 6 mois.

A l'examen : malade pâle, amaigri ; existence de points douloureux sous-costal gauche et para-ombilical. Ventre souple ; pas de masse tumorale perceptible ; pas de signes de sténose.

Les radiographies gastriques montrent l'image en demi-teinte d'une masse probablement néoplasique sur la partie horizontale de la petite courbure, avec envahissement pylorique.

Intervention : le 12 juin 1950 ; Docteurs Desjacques, Dujol, Ricard. Rachi-anesthésie. Néoplasme antral avec un seul ganglion sous-pylorique. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme gros comme une petite paume de main ; bords bourgeonnants. Il semble surtout développé en surface. Extension jusqu'au début du duodenum.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcère glandulo-papillaire typique de l'estomac. A la muqueuse saine fait suite la muqueuse néoplasique, donc les boyaux glandulaires et papillaires plongent dans la sous-muqueuse et la musculuse. Le ganglion lymphatique sous-pylorique coexistant est normal, sans envahissement néoplasique.

Suites : extrêmement simples. Ablation des fils le 15^e jour, et lever. Le malade sort le 1^{er} juillet 1950.

Revu en juillet 1954, ce malade présentait un excellent état local et général.

OBSERVATION 11

G... Marie, 44 ans. Entrée le 24 août 1950.

Grande sténose du pylore par néoplasme, traitée dans un premier temps par gastro-entéro-anastomose postérieure, et dans un deuxième temps par gastrectomie Billroth II, après suppression de la gastro-entéro-anastomose.

Malade envoyée par le Professeur Savy pour sténose pylorique. Depuis plusieurs années, cette malade présentait un syndrome douloureux épigastrique, d'horaire fixe, périodique, à type de crampes ou de brûlures survenant 3 heures après les repas. Des radiographies ayant révélé une ptose gastrique, la malade porta une ceinture orthopédique, ce qui n'améliora son état en aucune façon. L'épisode actuel a débuté il y a 4 mois, caractérisé par l'apparition de vomissements alimentaires abondants, survenant une ou deux heures après les repas. La malade subit il y a 3 mois une appendicectomie : depuis lors, elle assiste à une aggravation de tous ses symptômes : vomissements quotidiens, exacerbation du syndrome douloureux épigastrique. Amaigrissement de 12 kilos en 4 mois.

A l'examen : Malade pâle et amaigrie, dont l'état général est précaire. Sous la paroi abdominale mince et souple, on sent un estomac dilaté, avec clapotage et ondes péristaltiques provoquées.

Les radiographies gastro-duodénales montrent un énorme estomac avec canal pylorique filiforme.

Le 29 août dans l'après-midi, la malade présente soudain une crise de tétanie, qui toutefois rétrocede rapidement par l'administration de calcium. On retarde l'intervention afin de rechlorurer cette malade, et de remonter le taux de sa calcémie : mise en place d'un goutte-à-goutte de sérum salé hypertonique, avec calcium intra-veineux. Après 24 heures de ce traitement, l'urée sanguine, qui était à 0,70 pour mille, est descendue à 0,55 pour mille.

Première intervention : le 31 août 1950 ; Docteurs Desjacques, Dujol. Anesthésie générale ; incision médiane.

Grand estomac, dont les parois sont un peu épaissies. Il existe un épaississement circulaire du pylore. On ne saurait dire s'il s'agit d'un néoplasme ou d'une hyperplasie musculaire. On prélève un ganglion de la grande courbure aux fins d'examen histologique. En raison de l'état de la malade, on ne peut faire qu'une gastro-jéjunostomie au moyen bouton de Villard. Cette malade devra être reprise dans quelque temps pour gastrectomie.

Examen histo-pathologique du ganglion : Ganglion adjacent à une tumeur gastrique, en voie d'involution adipeuse, sans signe d'envahissement épithéliomateux.

Suites : simples. La malade restitue son bouton le 15 septembre. Après une très bonne reprise de poids, elle sort, en excellent état général, le 21 septembre 1950.

La malade revient dans le service le 15 avril 1951, pour deuxième intervention. Son état digestif est assez bon. Les vomissements ont disparu. Persistance de quelques légères douleurs épigastriques post-prandiales. Constipation assez accentuée. Pas d'anorexie. L'état général est bon : reprise de poids de 3 kilos depuis l'intervention.

L'examen radioscopique montre une évacuation très ralentie, ne se produisant que pour une importante quantité de baryte.

Les radiographies gastriques en série, pratiquées le 20 avril 1951, montrent un aspect lacunaire du pylore. On ne voit pas l'anostomose, qui doit être très postérieure. En tous cas, l'évacuation s'effectue par elle.

Deuxième intervention : le 19 mai 1951 ; Docteurs Desjacques, de Rougemont, Mounier-Kuhn.

Anesthésie générale ; incision médiane. Suppression de la gastro-entéro-anastomose. On utilise l'orifice du grêle pour le bouton. Tumeur bien limitée du pylore. Présence de 2 ganglions sus et sous-jacents. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme complètement sténosant du pylore, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré, partiellement cylindrique, partiellement mucoïde. En plus, lésion d'inflammation exsudative au niveau d'une ulcération de surface. En bordure du cancer, on retrouve une muqueuse pylorique atrophique avec des îlots de métaplasie intestinale. Entre les glandes, chorion lâche, infiltré par quelques plasmocytes et de l'œdème. Le ganglion adjacent n'est pas envahi.

Suites : simples. La malade sort le 16 juin 1951.

Résultats éloignés : Cette malade présente actuellement un excellent état local et général.

OBSERVATION 12

B... Rosalie, 74 ans. Entrée le 28 novembre 1950.

Néoplasme de la petite courbure. Le 30 novembre 1950 : Gastrectomie Billroth II.

Malade du Docteur Desjacques. Pas d'antécédents digestifs. L'affection actuelle remonte à 3 mois et demi : la malade se plaint de douleurs gastriques survenant tous les jours après les repas. Pas d'amaigrissement ni d'anorexie, mais la malade ne mange pas à sa faim, redoutant la douleur post-prandiale.

A l'examen : Rien à signaler du point de vue local et général.

Les radiographies gastriques montrent une amputation pré-pylorique.

Intervention : le 30 novembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet. Rachi-anesthésie ; incision médiane.

Il n'y a pas de ganglions. La surface externe de l'estomac paraît saine. On sent une tumeur assez mobile, implantée sur la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme très bourgeonnant, de la taille d'une petite paume de main, développé au niveau de la petite courbure. Il s'étale surtout sur la muqueuse et gagne peu en profondeur.

Examen histo-pathologique : Développé sur une muqueuse gastrique avec métaplasie intestinale, il s'agit d'un épithélioma ulcéré glandulaire tubuliforme du type commun, envahissant la plus grande partie de la paroi. Quelques mitoses. Réaction inflammatoire du stroma.

Suites : Congestion des deux bases pulmonaires, guérie par les antibiotiques. La malade sort le 7 janvier 1951.

A envoyé de ses nouvelles en mars 1954 : Etat général assez bon. Digestions un peu lentes. Pas de diarrhée ; un peu de constipation.

OBSERVATION 13

C... Jeanne, 66 ans. Entrée le 11 juin 1943.

Tumeur pédiculée de la grande courbure. Anémie importante. Le 28 juin 1943 : Gastrectomie Billroth II. Décès probable en 1952, par cancer de l'utérus.

Malade sous-alimentée, ayant perdu 10 kilogs depuis 2 ans, qui présente une asthénie d'apparition récente, sans troubles digestifs nets. Un séjour au Pavillon N bis permet de constater une anémie importante : 1.150.000 globules rouges.

L'examen local et général est négatif.

Les radiographies gastriques révèlent une image néoplasique.

Intervention : le 28 juin 1943 ; Docteurs Desjacques, Paillot. Anesthésie locale, incision médiane.

Belle tumeur mobilisable de la grande courbure. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Grosse tumeur bourgeonnante pédiculée sur la grande courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique, infiltrant toute la paroi gastrique.

Suites simples.

Malade revue en 1952 : Elle présentait un néoplasme utérin, à un stade trop avancé pour qu'une intervention soit réalisable. Par ailleurs, elle ne signalait aucun trouble du point de vue digestif. L'examen histologique de la biopsie utérine n'a pas permis d'établir une relation entre l'affection actuelle et le cancer de l'estomac opéré 9 ans plus tôt.

II — RESULTATS DEFAVORABLES

parmi les malades opérés de novembre 1941 à novembre 1950 inclus.

Les observations sont classées d'après la date de l'intervention ; nous n'en donnons ici qu'un bref résumé.

OBSERVATION 14

D... Antoine, 45 ans. Entré le 13 novembre 1941.

Néoplasme de l'antra pylorique. Le 15 novembre 1941 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis juin 1940, crises douloureuses épigastriques périodiques, avec vomissements alimentaires épisodiques. Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire pré-pylorique.

Intervention : le 15 novembre 1941 ; Docteurs Desjacques, Jeanjean. Volumineuse tumeur de la petite courbure, proche du pylore. Gastrectomie Billroth II avec anastomose au bouton sur la face postérieure de l'estomac. Un drain. Fermeture. Durée : 80 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération grande comme une pièce de 20 francs, développée au bord supérieur de l'antra jusqu'à quelques millimètres du pylore. Les bords sont bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique glandulaire ulcéré de l'estomac (Pr. J.-F. Martin).

Suites simples. Le malade sort le 10 décembre en très bon état.

Résultats éloignés inconnus : changement d'adresse.

OBSERVATION 15

C... Jean, 36 ans. Entré le 14 novembre 1941.

Néoplasme très étendu de l'estomac. Le 17 novembre 1941 : Gastrectomie Billroth II. Décès 2 mois après.

Depuis décembre 1940, ce malade présente des vomissements post-prandiaux de plus en plus tardifs. Mauvais état général : amaigrissement de 20 kilos en un an. Les radiographies gastriques mettent en évidence la sténose pylorique et montrent une image marécageuse prépylorique.

Intervention : le 17 novembre 1941 ; Docteurs Desjacques, Jeanjean. Gros néoplasme de la taille du poing, allant de la petite à la grande courbure

et du pylore à l'arrivée de la coronaire. Adhérence au mésocôlon transverse en arrière de l'arcade de Riolan. Résection d'une partie du mésocôlon transverse, puis gastrectomie, Billroth II au bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 90 minutes.

Examen de la pièce : Gros néoplasme très étendu ayant à première vue un aspect de linite. A l'ouverture : gros épaissement des parois. Tumeur bourgeonnante non ulcérée.

Examen histo-pathologique : Epithélioma diffus atypique de l'estomac. (Pr. Ag. Guichard).

Suites : décès, par affaiblissement progressif, 2 mois après.

OBSERVATION 16

Mme F..., 43 ans. Entrée le 25 février 1942.

Sténose par néoplasme pylorique. Le 28 février 1942 : Gastro-entéro-anastomose. Le 14 mars 1942 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 5^e jour.

L'affection actuelle a débuté il y a un an. Pas de douleurs ; mais vomissements de bile le matin à jeun, remplacés depuis peu par des vomissements alimentaires bi-hebdomadaires abondants. Les radiographies montrent un vaste estomac descendant très nettement au-dessous des crêtes iliaques. Rien ne passe au niveau du pylore.

Intervention : le 28 février 1942 ; Docteurs Desjacques, Roche. Petit néoplasme pylorique en virole, bien mobile et extirpable ; mais en raison de l'intensité de la sténose, on reporte la résection à 15 jours. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique en 3 plans, à la suture.

Deuxième intervention : le 14 mars 1942 ; Docteurs Desjacques, Roche. Gastrectomie Billroth II. Un drain. Fermeture.

Examen de la pièce : Epaissement intersticiel du pylore. Pas d'ulcération. La sténose est complète.

Suites : Fistule à la peau. Ecoulement fétide. Décès le 19 avril.

OBSERVATION 17

B... Joseph, 58 ans. Entré le 6 mars 1942.

Néoplasme de la petite courbure, très haut situé. Le 11 mars 1942 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 6^e jour.

Ethylique ancien, soigné pour début de cirrhose, ce malade souffre de l'estomac depuis 20 ans. Un séjour au pavillon H en 1938 permet de porter le diagnostic de cancer gastrique. Un amaigrissement récent amène ce malade à s'inquiéter de son état. Les radiographies gastriques montrent une niche encastrée de la petite courbure.

Intervention : le 11 mars 1942 ; Docteurs Desjacques, Jeanjean. Gros néoplasme cratériforme occupant la partie haute de la petite courbure.

Gastrectomie de gauche à droite, Billroth II, au bouton de Jaboulay. Grandes difficultés pour la suture gastrique en haut, au voisinage du cardia. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme cratériforme. La cavité est de la taille d'une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glanduliforme à cellules claires.

Suites : Gros shock. Décès le 12 mars 1942.

OBSERVATION 18

C... Henri, 41 ans. Entré le 2 juillet 1942.

Néoplasme haut situé de la petite courbure. Le 6 juillet 1942 : Gastrectomie Billroth II. Emmené mourant le 16^e jour.

Malade sans passé gastrique, qui souffre de l'estomac depuis 15 jours seulement. Les radiographies gastriques montrent une image irrégulière sur la petite courbure.

Intervention : le 6 juillet 1942 ; Docteurs Desjacques, Duroux. Induration haut placée de la petite courbure. Nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 80 minutes.

Examen de la pièce : Présence d'une plaque grosse comme une pièce de 5 francs, occupant la petite courbure. Les bords sont surélevés, le fond est lisse.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré assez atypique. Le ganglion adjacent présente des métastases de même type que la tumeur primitive.

Suites : Fistule à la paroi ; cachexie progressive. Le malade est emmené par sa famille le 22 juillet, dans un état agonisant.

OBSERVATION 19

R... Marius, 42 ans. Entré le 24 juillet 1942.

Néoplasme pédiculé de la grande courbure. Le 27 juillet 1942 : Gastrectomie Polya. Récidive 2 mois après.

Ce malade s'est alarmé d'un amaigrissement de 20 kilogs en 1 an, bien qu'il ne présente pas d'anorexie. Il n'a jamais souffert de l'estomac. Les radiographies gastriques révèlent une grande lacune de la région pylorique.

Intervention : le 27 juillet 1942 ; Docteurs Desjacques, Accassat. Grosse tumeur molle, relativement mobile, de la cavité gastrique, attachée à la grande courbure. Gastrectomie Polya. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Magnifique tumeur en chou-fleur, grosse comme le poing. Son point d'implantation sur la grande courbure a la largeur d'une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : En l'absence du prélèvement de la base d'implantation, il est difficile d'apprécier la malignité de la tumeur, d'autant plus que les mitoses sont très rares, de même que les monstruosités cellulaires. (Pr. Ag. Guichard).

Suites : Le malade reste subfébrile. Le 4 août, ouverture d'un abcès de la paroi.

Malade revu en consultation le 25 septembre 1942 : il présente une récidive par métastase ganglionnaire cervicale.

OBSERVATION 20

G... Marie-Louise, 42 ans. Entrée le 30 août 1942.

Néoplasme pylorique au début. Le 4 septembre 1942 : Gastrectomie Billroth II. Récidive hépatique 3 ans après.

Cette malade souffre de douleurs épigastriques depuis 10 ans. Des examens radiologiques pratiqués en 1934 n'ont rien montré. Les douleurs s'accroissent. Depuis 8 ans, amaigrissement de 22 kilogs. De récentes radiographies montrent une niche de la petite courbure.

Intervention : le 4 septembre 1942 ; Docteurs Desjacques, Accassat. On a la surprise de trouver une tumeur occupant le pylore, qu'elle transforme en un canal rigide. 3 petits ganglions le long de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur bourgeonnante à centre ulcéré.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique (Pr. J.-F. Martin).

Suites simples. La malade sort le 5 octobre 1942.

Récidive hépatique, avec ascite abondante, constatée lors d'un deuxième séjour dans le service, le 24 octobre 1945.

OBSERVATION 21

C... Daniel, 41 ans. Entré le 9 janvier 1943.

Gros néoplasme de l'antrum pylorique. Le 5 février 1943 : Gastrectomie Kocher. Décès 1 mois après.

Ce malade souffre de l'estomac depuis 1931. Une radiographie pratiquée en 1934 a fait conclure à un ulcère pré-pylorique. Les douleurs ont cédé au traitement médical. Elles reprennent en 1942 et la radiographie affirme le néoplasme.

Intervention : le 5 février 1943 ; Docteurs Desjacques, Mousselon. Tumeur grosse comme le poing, adhérente au mésocolon transverse et au pancréas. Gastrectomie Kocher au bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : Gros néoplasme à bords saillants, dont la cavité centrale est grosse comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique glanduliforme à cellules claires. Envahissement complet du ganglion adjacent.

Suites : Pleurésie purulente diagnostiquée le 17 février. On pratique une pleurotomie le 26 février, mais la dyspnée persiste. Décès le 3 mars 1943.

OBSERVATION 22

P... Lucie, 60 ans. Entrée le 4 juin 1943.

Néoplasme de l'antra pylorique. Le 7 juin 1943 : Gastrectomie Kocher. Décès le 7^e jour.

Depuis 1939, cette malade souffre de douleurs épigastriques presque quotidiennes. La palpation de la région sous-ombilicale montre l'existence d'une masse dure et régulière, du volume d'un œuf.

Intervention : le 7 juin 1943 ; Docteurs Desjacques, Paillot. Belle tumeur bien limitée et mobile de l'antra pylorique. Gastrectomie Kocher au bouton de Villard, en passant au large des ganglions existant le long de la grande courbure. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme large comme une pièce de 5 francs, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique et papillaire ulcéré en surface, envahissant toute la paroi gastrique.

Suites : épisode infectieux local ; affaiblissement progressif. Décès le 14 juin 1943.

OBSERVATION 23

D... Christine, 68 ans. Entrée le 17 juillet 1943.

Néoplasme de la petite courbure. Le 19 juillet 1943 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis 1 an : douleurs épigastriques, vomissements quotidiens, amaigrissement de près de 30 kilogs. Les radiographies montrent une niche en plateau au voisinage de l'angulus.

Intervention : le 19 juillet 1943 ; Docteurs Desjacques, Paillot. Petit néoplasme au bas de la petite courbure, gros comme une pièce de 2 francs. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain.

Examen de la pièce : Ulcération de la petite courbure, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glanduliforme métatypique et colloïde de l'estomac. (Pr. Ag. Guichard).

Suites : simples. La malade quitte le service le 20 août 1943.

Résultats éloignés inconnus : lettre restée sans réponse.

OBSERVATION 24

C... Charles, 59 ans. Entré le 26 octobre 1943.

Gros néoplasme médio-gastrique. Le 28 octobre 1943 : Gastrectomie presque totale. Décès 2 heures après.

L'affection actuelle a débuté il y a 2 ans, avec une symptomatologie ulcéreuse. Amaigrissement de 14 kilogs. Les radiographies révèlent un aspect lacunaire de la portion moyenne de l'estomac.

Intervention : le 28 octobre 1943 ; Docteurs Desjacques, Collenet. Enorme néoplasme médio-gastrique, très étendu vers le haut, mais cependant mobilisable. Nombreux ganglions. Adhérences à la rate, qu'on doit enlever. Gastrectomie presque totale ; anastomose au gros bouton de Villard. Un drain. Fermeture. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : Gros cancer large comme une paume de main, dont le point de départ est sur la grande courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma métatypique diffus de la paroi gastrique. Envahissement ganglionnaire. (Pr. J.-F. Martin).

Suites : Décès 2 heures après l'intervention.

OBSERVATION 25

P... Paul, 47 ans. Entré le 8 janvier 1944.

Néoplasme de l'antra pylorique. Le 31 janvier 1944 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis 4 mois, crampes épigastriques et vomissements. Les radiographies montrent une lacune pylorique.

Intervention : le 31 janvier 1944 ; Docteurs Desjacques, Guigou. Masse indurée antro-pylorique, bien mobile. Gastrectomie Billroth II. Un drain. Fermeture. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Cancer de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré très atypique.

Suites : fistulisation à la peau, peu à peu tarie.

Résultats éloignés inconnus : lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 26

Mme L..., 47 ans. Entrée le 21 janvier 1944.

Néoplasme de la petite courbure. Le 5 février 1944 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Cette malade souffrait depuis 1923 de crises douloureuses paroxystiques de l'hypocondre droit. Une radiographie vésiculaire pratiquée en 1941 aurait

montré une image de calcul. Cette femme subit une cholécystectomie la même année : pas de calcul visible à l'ouverture. Les douleurs reprennent en novembre 1943, accompagnées cette fois de vomissements fréquents. On perçoit à la palpation une petite masse épigastrique, et les radiographies gastriques montrent une image lacunaire de l'angulus, avec pseudo-niche.

Intervention : le 5 février 1944 ; Docteurs Desjacques, Beyssac. Tumeur cavitaire de la petite courbure, en sa portion moyenne, avec quelques adhérences inflammatoires faciles à cliver. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : Tumeur large comme une petite paume de main, aux bords bourgeonnants, à fond lisse.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique atypique (Dr Plauchu).

Suites : simples. La malade quitte le service le 25 février 1944.

Résultats éloignés inconnus : lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 27

S... Pierre, 39 ans. Entré le 6 mars 1943.

Néoplasme gastrique de diagnostic histologique. Le 8 mars 1943 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Malade envoyé avec le diagnostic d'ulcère gastrique. Les radiographies montrent une niche en plateau au-dessous de l'angulus.

Intervention : le 8 mars 1944 ; Docteurs Desjacques, Guigou. Ulcus calleux à fond irrégulier, de la taille d'une pièce de 2 francs, à la partie basse de la petite courbure. Pas d'adénopathies. Gastrectomie Billroth II. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : On ne sait s'il s'agit d'un ulcère ou d'un néoplasme.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique ulcéré de la muqueuse gastrique. (Pr. J.-F. Martin).

Suites : simples.

Résultats éloignés inconnus : lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 28

B... Marius, 65 ans. Entré le 10 mars 1944.

Néoplasme du pylore. Le 14 mars 1944 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

En 1943 : crise épigastrique douloureuse d'une durée de 15 jours environ. Nouvelle crise de même type il y a 3 semaines. Amaigrissement rapide. On perçoit, en palpant la région para-ombilicale droite, une petite masse ovalaire de la grosseur d'une noix. La radiographie confirme un néoplasme pylorique.

Intervention : le 14 mars 1944 ; Docteurs Desjacques, Guigou. Tumeur pylorique bien mobile. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme du pylore à bords bourgeonnants, dont le fond a la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma digestif atypique, profondément remanié par un processus inflammatoire. (Pr. Croizat).

Suites : très simples.

Résultats éloignés inconnus : lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 29

P... Camille, 47 ans. Entré le 4 avril 1944.

Néoplasme du pylore. Le 5 avril 1944 : Gastrectomie Billroth II. Récidive hépatique 4 ans après.

Ce sujet souffre depuis 15 ans de douleurs ulcéreuses périodiques. De récentes radiographies gastriques révèlent un néoplasme en virole pré-pylorique.

Intervention : le 5 avril 1944 ; Docteurs Desjacques, Guigou. Néoplasme du pylore bien mobile. Gros ganglions de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme à fond lisse, à bords végétants, gros comme une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique et atypique de l'estomac surtout développé en surface. (Pr. J.-F. Martin).

Suites : simples.

Revu le 8 juillet 1948, ce malade présentait un ictère, une hépatomégalie et un amaigrissement important : récidive hépatique.

OBSERVATION 30

P... Estelle, 63 ans. Entrée le 24 avril 1944.

Néoplasme pylorique. Le 29 avril 1944 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Cette femme présente des symptômes ulcéreux depuis 30 ans. Nette accentuation depuis un mois. Les radiographies montrent une niche avec lacune de la portion horizontale de la petite courbure.

Intervention : le 29 avril 1944 ; Docteurs Desjacques, Guigou. Tumeur de la région pylorique, bien mobile. Quelques ganglions le long des 2 courbures. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération au bord supérieur de l'antre, qui ressemble à un ulcère calleux. Elle admet la pulpe du pouce.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique atypique, infiltrant toute la paroi de l'estomac. (Pr. Ag. Guichard).

Suites : simples.

Résultats éloignés inconnus : changement d'adresse.

OBSERVATION 31

Mme B..., 62 ans. Entrée le 31 mai 1944.

Néoplasme du pylore. Le 3 juin 1944 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 1 an après.

L'affection a débuté en août 1943, par un amaigrissement progressif, avec asthénie et anorexie croissantes ; depuis le mois dernier seulement, apparition d'une douleur gastrique continue. Les radiographies montrent une image lacunaire de la région pré-pylorique.

Intervention : le 3 juin 1944 ; Docteurs Desjacques, Jacquemet. Présence d'une masse indurée à la base du pylore. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain.

Examen de la pièce : Petit néoplasme du bord inférieur du pylore, à bords un peu bourgeonnants, gros comme une pièce de 50 centimes.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique de l'estomac.

Suites : perturbées par une fistule duodénale.

Malade revue fin mars 1945 avec signes de généralisation secondaire et néoplasme ombilical.

OBSERVATION 32

Mme P..., 72 ans. Entrée le 18 juin 1944.

Néoplasme de l'antre pylorique. Le 20 juin 1944 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 2^e jour.

Depuis 10 ans, cette femme souffre de crises douloureuses paroxystiques de l'hypocondre droit. Il y a 6 mois, elles ont fait place à des douleurs épigastriques post-prandiales précoces, devenues quotidiennes ces jours derniers. A l'examen, perception d'une petite masse épigastrique irrégulière douloureuse à la palpation. Les radiographies révèlent une vaste lacune pré-pylorique.

Intervention : le 20 juin 1944 ; Docteurs Desjacques, Jacquemet. Tumeur mobile de l'antre gastrique. Estomac tout petit ; mésocôlon transverse rétracté. Le grêle est symphysé et il faut le disséquer pour trouver la 1^{re} anse jéjunale. On sent un calcul dans la vésicule biliaire. Pas de métastase hépatique. Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : Néoplasme gros comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique.

Suites : Shock important. Décès le 21 juin 1944.

OBSERVATION 33

Mme E..., 66 ans. Entrée le 20 juillet 1944.

Néoplasme de la partie basse de la petite courbure. Le 8 août 1944 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 4^e jour.

L'affection a débuté il y a un an par des douleurs épigastriques bientôt quotidiennes et continues. Gros amaigrissement. Récemment, important moelena. La palpation épigastrique révèle une masse tumorale allongée dans le sens vertical.

Intervention : le 8 août 1944 ; Docteurs Desjacques, Jacquemet. Tumeur à la partie basse de la petite courbure, bien mobile. Petits ganglions de voisinage. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Grosse ulcération comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire ulcéré de l'estomac avec envahissement ganglionnaire.

Suites : Décès le 12 août 1944.

OBSERVATION 34

V... René, 48 ans. Entré le 12 janvier 1945.

Néoplasme du corps de l'estomac. Le 13 janvier 1945 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 36^e jour.

Malade sans antécédents digestifs jusqu'en novembre 1944. A cette date survient brutalement une importante hématomèse. Depuis, douleurs épigastriques post-prandiales assez tardives. Les radiographies montrent une niche en plateau à la partie haute de la petite courbure.

Intervention : le 13 janvier 1945 ; Docteurs Desjacques, Gignoux. Néoplasme de la petite courbure avec grosse rétraction de cette dernière. Pas d'adénopathies satellites, autant qu'on puisse en juger chez ce malade très gras. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Magnifique tumeur large comme une pièce de vingt francs. Fond lisse, bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique de la muqueuse gastrique (Dr Plauchu).

Suites : Suppuration pleuro-pulmonaire. Le 14 février 1946 : pleurotomie, qui évacue une grosse collection purulente. Décès le 17 février 1945.

OBSERVATION 35

M... Jeanne, 45 ans. Entrée le 23 janvier 1945.

Sténose pylorique d'origine néoplasique. Urée à 1 gr. Le 27 janvier 1945 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Cette malade présente depuis 3 mois des douleurs épigastriques continues, auxquelles s'associent des vomissements post-prandiaux de plus en plus tardifs. Amaigrissement de 10 kilogs. A l'examen : femme maigre en mauvais état général ; urée sanguine à 1 gr. Signes physiques et radiologiques de sténose pylorique.

Intervention : le 27 janvier 1945 : Docteur Desjacques. Tumeur antro-pylorique avec grand estomac, bien mobile. Malgré l'urée à 1 gr., on ne reporte pas la gastrectomie à 15 jours, ainsi que le voudrait la règle, car alors la tumeur serait peut-être fixée. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur circulaire qui occupe l'antre et le pylore. La sténose est complète.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac, sans envahissement ganglionnaire (Pr. J.-F. Martin).

Suites : excellentes. L'urée descend à 0 gr. 35 le 3^e jour.

Résultats éloignés : Cette malade a été revue fin décembre 1945 avec un excellent état général, sans signes de récurrence. Reprise de poids de 6 kgs. Depuis, aucune nouvelle : la lettre envoyée est restée sans réponse.

OBSERVATION 36

M... Laurent, 55 ans. Entré le 22 mars 1945.

Néoplasme de l'antre pylorique. Le 27 mars 1945 : Gastrectomie Billroth II. Récurrence 6 ans après.

Depuis 1 an, ce malade souffre de douleurs épigastriques post-prandiales quotidiennes, avec anorexie élective pour les graisses et le pain. Amaigrissement de 10 kgs. A l'examen : malade en mauvais état général. Les radiographies gastriques montrent un néoplasme en virole de la région pylorique.

Intervention : le 27 mars 1945 ; Docteurs Desjacques, Gignoux. Grosse tumeur de l'antre, bien mobile. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : On a la surprise de trouver deux ulcérations voisines, chacune de la grosseur d'une pièce de 2 francs, avec un rebord dur et saillant. On ne saurait dire s'il s'agit d'un ulcus ou d'un cancer.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac, envahissant très profondément toute l'épaisseur de la paroi gastrique.

Suites : simples.

Résultats éloignés : connus par une lettre envoyée par la famille en mars 1954. Ce malade a vécu 6 ans en état de guérison apparente, puis il a récidivé avec déclin très rapide. Décès le 29 octobre 1951.

OBSERVATION 37

B... Marguerite, 62 ans. Entrée le 2 juillet 1945.

Sténose par néoplasme pylorique. Le 7 juillet 1945 : Gastrectomie Billroth II. Emmenée mourante le 24^e jour.

Apparition il y a 3 ans de douleurs épigastriques, post-prandiales avec vomissements. Amaigrissement de 10 kilogs. Les radiographies montrent une lacune pré-pylorique.

Intervention : le 7 juillet 1945 ; Docteurs Desjacques, Fournier. Petite tumeur pré-pylorique bien mobile, avec adénopathies le long de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Durée : 38 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur pré-pylorique à bords végétants, grosse comme une pièce de 5 francs. On passe aisément le doigt à travers l'orifice pylorique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma cylindrique glanduliforme typique de l'estomac, ulcéré en surface. (Pr. J.-F. Martin).

Suites : Phlébite gauche le 18^e jour, puis escharre fessière. Malade emmenée mourante le 31 juillet 1945.

OBSERVATION 38

L... Emmanuel, 56 ans. Entré le 20 juillet 1945.

Néoplasme de la petite courbure avec hématomèse. Le 23 juillet 1945, Gastrectomie Billroth II. Décès le 3^e jour.

Ce malade sans passé gastrique souffre de l'estomac depuis 1 mois. Le 17 juillet 1945 survient une très abondante hématomèse de sang rouge, mêlé de quelques caillots noirâtres. Les jours suivants, important mœlena.

Intervention : le 23 juillet 1945 ; Docteurs Desjacques, Leynaud. Néoplasme de la partie moyenne de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Fermeture sans drainage. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme à fond plat, à bords bourgeonnants, large comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique glandulaire. Pas de lésion vasculaire.

Suites : Décès par affaiblissement progressif, le 26 juillet 1945.

OBSERVATION 39

M. X..., 60 ans. Entré le 22 juillet 1945.

Gros néoplasme de la grande courbure avec hématomèse. Le 23 juillet 1945, Gastrectomie Billroth II. Décès le 5^e jour.

Homme de 60 ans qui, le 5 mai 1945, a présenté une hématémèse très abondante, avec important mœlena dans les jours suivants.

Intervention : le 23 juillet 1945 ; Docteur Desjacques. Gros néoplasme de la grande courbure, près du pylore. Gastrectomie Billroth II. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Cancer de la grande courbure large comme une petite paume de main, à fond plat, à bords bourgeonnants ; pas de ganglions.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de la muqueuse gastrique.

Suites : Décès le 27 juillet 1945, dans le coma, après anurie pendant 48 heures.

OBSERVATION 40

C... Valentine, 67 ans. Entrée le 8 février 1946.

Néoplasme pylorique sur estomac ulcéreux. Le 9 février 1946 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 2^e jour.

Depuis 30 ans, cette malade souffre de douleurs post-prandiales de type ulcéreux. Actuellement les douleurs persistent toujours, malgré les traitements les plus variés. Les radiographies montrent une amputation de type lacunaire de la région pré-pylorique.

Intervention : le 9 février 1946 ; Docteurs Desjacques, Revol. Le pylore est le siège d'une tumeur mobile. Gastrectomie Billroth II au gros bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : 1^o Néoplasme cratériforme pylorique. 2^o Ulcus de la petite courbure à tendance cicatricielle.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique du pylore sans envasement ganglionnaire.

Suites : Décès le 10 février 1946.

OBSERVATION 41

L... Suzanne, 37 ans. Entrée le 24 juin 1946.

Néoplasme pylorique. Le 2 juillet 1946 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 3 ans après.

Malade sans antécédents digestifs, qui a vu s'installer depuis 2 mois, à la suite d'un court épisode diarrhéique, un syndrome douloureux épigastrique post-prandial précoce. La palpation du creux épigastrique révèle une petite masse tumorale. Niche pylorique à la radioscopie.

Intervention : le 2 juillet 1946 ; Docteurs Desjacques, Margotton. Petit néoplasme du pylore, gros comme une noix, avec nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme cratériforme à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma tubulaire atypique. Large envahissement ganglionnaire.

Suites : simples.

Malade revue le 17 février 1949 : Récidive hépatique.

OBSERVATION 42

M... Romaine, 45 ans. Entrée le 3 juillet 1946.

Néoplasme de la petite courbure. Le 8 juillet 1946 : Gastrectomie Billroth II. Récidive ; décès 9 mois après.

Cette malade est envoyée par le Docteur Barbier pour un syndrome douloureux épigastrique apparu il y a 8 mois. Amaigrissement de 12 kilogs. Les radiographies montrent une image de néoplasme.

Intervention : le 8 juillet 1946 ; Docteurs Desjacques, Saubier. Néoplasme de la petite courbure, près du pylore. Ganglions le long de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme à bords bourgeonnants, gros comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique avec envahissement ganglionnaire (Dr Feroldi).

Suites : simples. La malade sort le 28 juillet 1946.

On apprend sa récurrence et son décès le 30 mars 1947.

OBSERVATION 43

S... Anna, 51 ans. Entrée le 1^{er} août 1946.

Néoplasme gastrique. Le 3 août 1946 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 3^e jour.

Depuis 20 ans cette malade a subi un amaigrissement de 20 kilogs. Douleurs épigastriques périodiques, avec vomissements. Les radiographies montrent une niche rigide prépylorique.

Intervention : le 3 août 1946 ; Docteurs Desjacques, Margotton. Présence d'une plaque indurée grosse comme une pièce de 2 francs, à 3 cm. en amont du pylore. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération à fond plat, aux bords un peu bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique ulcéré de la muqueuse gastrique (Dr Guichard).

Suites : Broncho-pneumonie. Décès le 5 août 1946.

OBSERVATION 44

B... Marie-Louise, 58 ans. Entrée le 22 août 1946.

Néoplasme géant de la petite courbure. Le 26 août 1946 : Gastrectomie Billroth II. Décès 2 mois après.

Depuis 8 ans, douleurs épigastriques post-prandiales périodiques, récemment exacerbées avec vomissements et gros amaigrissement. Les radiographies montrent une infiltration des deux tiers inférieurs de l'estomac.

Intervention : le 26 août 1946 ; Docteurs Desjacques, Margotton. On extériorise une masse occupant toute la petite courbure et étirant le duodénum. Chapelet de ganglions le long de la petite courbure, mais l'ensemble est extirpable. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay.

Examen de la pièce : Cancer ulcéré à bords bourgeonnants, plus large qu'une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac, avec envahissement ganglionnaire (Dr Feroldi).

Suites : Affaiblissement progressif et décès 2 mois après.

OBSERVATION 45

C... Jean, 56 ans. Entré le 18 décembre 1946.

Néoplasme antro-pylorique. Le 19 décembre 1946 : Gastrectomie Billroth II. Décès 24 heures après.

Cet ancien éthylique, syphilitique traité depuis 20 ans, présente depuis 2 mois un syndrome douloureux épigastrique. Etat général médiocre. La radiographie montre une image lacunaire de la région antrale.

Intervention : le 19 décembre 1946 : Docteurs Desjacques, Durand. Gros foie découpé en lobules par des travées scléreuses, d'aspect cirrhotique. Néoplasme antro-pylorique mobile. On décide une gastrectomie. Ce n'est qu'en cours de route qu'on est à même de constater la présence de gros ganglions dans le mésocôlon transverse, à droite, qu'il n'est pas question d'extirper. Impossible d'interrompre la gastrectomie, déjà avancée. Gastrectomie Billroth II au bouton mixte. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Gros néoplasme cratériforme de la grandeur d'une pièce de 20 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma tubulé ulcéré de l'estomac.

Suites : Décès par affaiblissement progressif le 20 décembre 1946.

OBSERVATION 46

B... Marcel, 52 ans. Entré le 22 janvier 1947.

Gros néoplasme ulcériforme de la petite courbure, juxta-pylorique. Le 24 janvier 1947 : Gastrectomie Billroth II. Décès 1 mois après.

Ce malade souffre de l'estomac depuis 1 mois et demi seulement. Anorexie extrême. Amaigrissement de 5 kilogs. Malade à état général médiocre : T.A. 9/6. Les radiographies révèlent une énorme niche de la petite courbure.

Intervention : le 24 janvier 1947 ; Docteurs Desjacques, Jacquet. Grosse tumeur de la petite courbure. Ganglions prépancréatiques nettement néoplasiques. Pas d'ascite. Pas de noyau hépatique. On décide de tenter l'exérèse. Gastrectomie Billroth II au bouton mixte. Un drain. Durée : 75 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération grosse comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma métatypique de l'estomac.

Suites : simples au début. Le malade sort en bon état local le 14 février 1947. Il revient le 19 février dans un état très grave : broncho-pneumonie. Décès le même jour.

OBSERVATION 47

L... Pierre, 53 ans. Entré le 14 mai 1947.

Néoplasme de l'antré avec signes de sténose. Le 16 mai 1947 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 2 ans après.

Cet homme a été victime d'un accident en 1941, et il a longtemps rattaché à ses contusions thoraco-abdominales les troubles digestifs dont il souffre aujourd'hui. Mauvais état général. Sténose pylorique objectivée par la radioscopie.

Intervention : le 16 mai 1947 ; Docteurs Desjacques, Bouchard. Néoplasme de l'antré plus gros qu'une pièce de 5 francs. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen Jaboulay, qui permet de passer au large de toutes les lésions. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Le doigt passe facilement à travers le pylore. Volumineuse ulcération à bords un peu bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique glandulaire ulcéré en surface. (Pr. Ag. Guichard).

Suites : simples.

Revu le 10 mars 1949 : Le malade, qui n'a pas repris de poids depuis l'intervention, est anorexique et se plaint à nouveau de douleurs épigastriques. L'examen permet de percevoir à gauche de la cicatrice une masse néoplasique de récidive.

OBSERVATION 48

C... Jacques, 70 ans. Entré le 16 juin 1947.

Néoplasme de l'antré, avec sténose incomplète du pylore. Le 19 juin 1947, Gastrectomie Billroth II. Récidive moins d'un an après.

Malade sans passé digestif, qui ne souffre de l'estomac que depuis 4 mois. Amaigrissement de 15 kilogs. L'examen fait découvrir une masse épigastrique

para-ombilicale gauche. Les radiographies montrent une image lacunaire en virole pré-pylorique. Un peu de liquide à jeun.

Intervention : le 19 juin 1947 ; Docteurs Desjacques, Eicholz. Néoplasme bien mobile de l'antré, avec importantes trainées ganglionnaires de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Le doigt passe aisément dans le duodénum. La tumeur présente une cavité centrale admettant la pulpe du pouce.

Examen histo-pathologique : Epithélioma tubulé, envahissant toute la paroi gastrique. Le ganglion adjacent présente un début d'envahissement.

Suites : simples.

Le malade revient dans le service le 4 mars 1948, porteur d'une grosse récidive locale.

OBSERVATION 49

C... Louis, 65 ans. Entré le 13 août 1947.

Grande sténose par néoplasme antro-pylorique. Le 18 août 1947, Gastrectomie Billroth II. Décès le 6^e jour.

En décembre 1945, importante hématomérose de sang rouge, qui constitue tout le passé gastrique de ce malade. Douleurs épigastriques depuis 1 mois. A l'examen : tension intermittente de l'épigastre. Les radiographies montrent un énorme néoplasme avec liquide de stase.

Intervention : le 18 août 1947 ; Docteurs Desjacques, Bouchard. Enorme estomac qui, malgré les lavages, est resté plein de matières alimentaires. Il s'agit d'un néoplasme gastrique bien mobile. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Comme d'habitude, on passe très bien le doigt à travers l'orifice pylorique, malgré l'énorme distension gastrique. Néoplasme antro-pylorique gros comme une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Envahissement de toute la paroi gastrique par un épithélioma très atypique.

Suites : La température s'élève à 39°5. L'état général s'altère rapidement. Vomissements répétés. Décès le 23 août 1947.

OBSERVATION 50

J... Marius, 39 ans. Entre le 5 novembre 1947.

Néoplasme de la petite courbure. Le 6 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 1 an après.

Depuis début 1946, installation de douleurs épigastriques quotidiennes, avec amaigrissement important. Les radiographies montrent une grosse niche de la petite courbure.

Intervention : le 6 novembre 1947 ; Docteurs Desjacques, Replumaz. Aspect d'ulcère calleux à la partie moyenne de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux gros comme une pièce de 2 francs,

Examen histo-pathologique : Epithélioma cylindrique ulcéré envahissant toute la paroi gastrique. (Pr. J.-F. Martin).

Suites : simples.

Revu le 9 octobre 1948, ce malade présentait des signes certains de récurrence hépatique.

OBSERVATION 51

D... Louis, 60 ans. Entré le 14 novembre 1947.

Néoplasme très étendu de l'antre gastrique. Le 17 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 3^e jour.

Malade au long passé dyspeptique, aggravé depuis un an par des douleurs post-prandiales très précoces. Amaigrissement de 3 kilogs. Les radiographies montrent une image d'amputation au niveau de l'antre.

Intervention : le 17 novembre 1947 ; Docteurs Desjacques, Coquet. Grosse tumeur de l'antre avec œdème du petit épiploon. La tumeur adhère au pancréas et on découvre de gros ganglions pré-pancréatiques inextirpables. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Gros cancer de la petite courbure, proche du pyllore, large comme une petite paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique (Dr Plauchu).

Suites : le 3^e jour, vomissements répétés, cyanose intense. Décès.

OBSERVATION 52

C... Joseph, 53 ans. Entré le 17 novembre 1947.

Gros néoplasme de l'antre gastrique. Le 19 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 18 mois après.

L'affection actuelle remonte à 3 mois : douleurs épigastriques continues. Les radiographies montrent une image lacunaire de la région antrale.

Intervention : le 19 novembre 1947 ; Docteurs Desjacques, Coquet. Gros néoplasme antral massif. Nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme lourd, à bords bourgeonnants, large comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma très atypique de l'estomac, à tendance linitique. (Dr Plauchu).

Suites : Suppuration pariétale. Guérison. Sortie le 20 décembre 1947.

Récidive locale, avec grande sténose, constatée le 14 juin 1949.

OBSERVATION 53

Mme C..., 65 ans. Entrée le 19 novembre 1947.

Sténose par néoplasme de l'antré pylorique. Le 20 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 6^e jour.

Cette malade est envoyée par le Professeur Savy, qu'elle avait consulté pour une dyspeptie, sans douleur vraie, évoluant depuis 1 an. Amaigrissement de 20 kilogs. A l'examen : malade amaigrie, déshydratée ; la palpation de la région pylorique révèle une masse dure et douloureuse. Les radiographies confirment la sténose. Image en virole de l'antré pylorique.

Intervention : le 20 novembre 1947 ; Docteurs Desjacques, Coquet. Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : Néoplasme pylorique. Sténose très serrée.

Examen histo-pathologique : Epithélioma orthoplasique de l'estomac.

Suites : Décès le 25 novembre 1947, en collapsus cardio-vasculaire.

OBSERVATION 54

Mme G..., 50 ans. Entrée le 22 novembre 1947.

Néoplasme de la grande courbure. Le 25 novembre 1947 : Gastrectomie Billroth II. Décès le lendemain.

Malade soignée depuis 1934 pour ulcère, avec bons résultats du traitement médical. Les douleurs ont repris depuis 2 mois, avec amaigrissement. Les radiographies montrent une image de niche encastrée de la grande courbure.

Intervention : le 25 novembre ; Docteurs Desjacques, Coquet. Néoplasme de la grande courbure, à 4 cm en amont du pylore. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique ulcéré (Docteur Plauchu).

Suites : Décès brutal le lendemain.

OBSERVATION 55

S... André, 60 ans. Entré le 15 janvier 1948.

Néoplasme très étendu de l'estomac, avec sténose. Le 17 janvier 1948 : Gastrectomie Billroth II. Décès par récurrence locale 5 mois après.

Depuis 2 mois : état nauséux, vomissements intermittents, gros amaigrissement. L'examen met en évidence un clapotage net. Les radiographies confirment la sténose.

Intervention : le 17 janvier 1948 ; Docteurs Desjacques, Bouchard. Enorme néoplasme antro-pylorique. En l'absence de métastases visibles, on décide la gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Jaboulay.

Examen de la pièce : Grosse tumeur circulaire antro-pylorique. Sténose assez accentuée mais on passe cependant le petit doigt dans l'orifice.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de la muqueuse.

Suites : simples.

Le malade revient 5 mois après, avec un syndrome de circulus-viciosus, par récurrence bloquant l'anse efférente. Décès rapide malgré la duodéno-jéjunostomie pratiquée à titre palliatif.

OBSERVATION 56

C... Paul, 43 ans. Entré le 8 mars 1948.

Néoplasme de l'antra gastrique. Le 10 mars 1948 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 1 an après.

Syndrome douloureux épigastrique avec anémie, évoluant depuis un an. Les radiographies affirment le néoplasme.

Intervention : le 10 mars 1948 ; Docteurs Desjacques, Replumaz, Coquet. Enorme tumeur antrale, grosse comme le poing, avec un estomac très œdémateux en amont. Adhérences en arrière au mésocolon transverse. L'importance de la masse néoplasique conduit à pratiquer une gastrectomie, fut-elle palliative. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : énorme cancer à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologiques : Epithélioma atypique à tendance linitique.

Suites : simples.

Récidive locale constatée début 1949.

OBSERVATION 57

M... Louis, 62 ans. Entré le 3 juillet 1948.

Néoplasme de la petite courbure. Le 8 juillet 1948 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 11^e jour.

Ce malade souffre depuis 1 an de douleurs épigastriques surtout nocturnes, exacerbées depuis 2 mois. Anorexie, amaigrissement. Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire.

Intervention : le 8 juillet 1948 ; Docteurs Desjacques, Maret. Néoplasme assez haut situé de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain.

Examen de la pièce : néoplasme à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique glandulaire.

Suites : bonnes jusqu'au 3^e jour. Puis fistule à la paroi. Le 16 juillet se déclare une phlébite gauche. Décès, le 19 juillet 1948.

OBSERVATION 58

B... Fernande, 43 ans. Entrée le 22 juillet 1948.

Néoplasme de la petite courbure. Le 24 juillet 1948 : Gastrectomie Billroth II. Récidive et décès 5 mois après.

L'affection actuelle n'a donné une symptomatologie gastrique que depuis 5 mois. Récemment des radiographies gastriques ont révélé une image néoplasique.

Intervention : le 24 juillet 1948 ; Docteurs Desjacques, Maret. Gros néoplasme de la petite courbure avec nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. On laisse en profondeur des ganglions pré-vertébraux.

Examen de la pièce : néoplasme de la largeur d'une petite paume de main, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré de l'estomac, à forme colloïde. Large envahissement ganglionnaire (Professeur Agr. Guichard).

Suites : simples.

Récidive rapide. Installation d'une cachexie néoplasique, et décès le 27 décembre 1948.

OBSERVATION 59

R... Antoine, 44 ans. Entré le 4 novembre 1948.

Néoplasme du pylore. Le 8 novembre 1948 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 18 mois après.

Ce malade souffre depuis 5 mois de douleurs thoraciques basses, survenant une heure après les repas. Amaigrissement de 3 kilogs. Les radiographies montrent un aspect lacunaire de la région pylorique.

Intervention : le 8 novembre 1948 ; Docteurs Desjacques, Mikaélian, Gangolphe. Aspect de gros ulcère à la face antérieure du pylore, avec adhérences hépatiques. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Gros ulcère calleux de la face antérieure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac.

Suites : simples.

Revu le 18 juillet 1950, avec des signes de métastase hépatique.

OBSERVATION 60

F... Jeanne, 58 ans. Entrée le 10 janvier 1949.

Gros néoplasme de la grande courbure gastrique, ayant simulé une tumeur de l'ovaire. Le 11 janvier 1949 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis octobre 1948, cette femme souffre de douleurs abdominales à type de coliques diffuses, survenant surtout le soir. Il s'y ajoute une sensation de pesanteur pelvienne, avec irradiation vers les lombes. Pas de troubles du transit ; bon état général ; pas d'amaigrissement. L'examen abdominal révèle à la palpation une masse dure, indolore, peu mobile, dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal ramène du sang. L'examen au spéculum montre un col sanguinolent, sans lésions apparentes. On pense à un kyste de l'ovaire gauche.

Intervention : le 11 janvier 1949 ; Docteurs Desjacques, Gangolphe, Mikaélian. Le diagnostic étant hésitant, on commence par une courte incision sous-ombilicale, qu'on aggrandira ensuite vers le haut. On reconnaît un néoplasme gastrique avec énormes adénopathies sur la grande courbure, et hématome de l'arrière-cavité des épiploons, contenant 600 gr. de liquide. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain.

Examen de la pièce : néoplasme gastrique très important sur la grande courbure. Enormes ganglions de la grande courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma digestif orthoplasique.

Suites : simples.

Résultats éloignés inconnus : changement d'adresse.

OBSERVATION 61

Sœur L..., 56 ans. Entrée le 28 février 1949.

Néoplasme antro-pylorique. Le 3 mars 1949 : Gastrectomie Billroth II. Décès par récurrence 2 ans après.

L'affection a débuté en décembre 1948, par des douleurs post-prandiales calmées par les alcalins. Les radiographies montrent une image d'ulcère pylorique.

Intervention : le 3 mars 1949 ; Docteurs Desjacques, Mikaélian, Gangolphe. Néoplasme de la petite courbure tout proche du pylore. Quelques ganglions sous-pyloriques et prépancréatiques, qui seront enlevés en bloc avec la tumeur. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme de la grosseur d'une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Pas de néoplasie sur le fragment envoyé, mais le ganglion adjacent est envahi en totalité par un épithélioma glanduliforme du tube digestif.

Suites : simples. Sort le 25 mars 1949.

Décès, par récurrence, le 25 février 1951.

OBSERVATION 62

M... Gaston, 60 ans. Entré le 21 mars 1949.

Enorme néoplasme gastrique. Le 28 mars 1949 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Ce malade présente depuis 4 mois des troubles dyseptiques avec atteinte marquée de l'état général. Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire.

Intervention : le 28 mars 1949 ; Docteurs Desjacques, Gangolphe, Mikaélian. Enorme néoplasme qui va du pylore à 4 cm du cardia. Présence d'un très gros ganglion de la petite courbure. Gastrectomie presque totale Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Enorme néoplasme de la petite courbure gros comme une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire infiltrant de l'estomac.

Suites : Congestion pulmonaire de la base droite guérie par solumédine. Le malade quitte le service le 22 avril 1949.

Résultats éloignés inconnus : Lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 63

J... Léopold, 54 ans. Entré le 21 avril 1949.

Sténose pylorique par néoplasme. Le 23 avril 1949 : Gastrectomie Billroth II. Emmené le 7^e jour dans un état désespéré.

Douleurs épigastriques et vomissements depuis 4 mois. Amaigrissement de 15 kilogs. La radioscopie montre un estomac un peu distendu avec image infiltrée pré-pylorique.

Intervention : le 23 avril 1949 ; Docteurs Desjacques, Gangolphe. Grand estomac aux parois épaissies. Un néoplasme occupe l'antrum et le pylore. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme très sténosant. La tumeur est antro-pylorique, grosse comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique ulcéré.

Suites : Gros shock. Le malade est emmené par sa famille le 30 avril 1949.

OBSERVATION 64

F... André, 52 ans. Entré le 2 mai 1949.

Sténose du pylore par néoplasme de la grande courbure. Le 7 mai 1949 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 1 an après.

Ce malade souffrait depuis 20 ans d'un syndrome épigastrique de type ulcéreux. Depuis septembre 1948 : vomissements, état général très altéré, amaigrissement de 10 kilogs. Clapotage à jeun ; les radiographies gastriques confirment la sténose pylorique.

Intervention : le 7 mai 1949 ; Docteurs Desjacques, Avet, Touraine. Grand estomac à parois épaissies en amont d'une tumeur de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme très creusant, large comme une pièce de 20 francs ; la sténose laisse passer seulement une pince hémostatique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique orthoplasique et glandulaire.

Suites : normales. Sortie le 27 mai 1949.

On apprend son décès par récidence, le 29 septembre 1950.

OBSERVATION 65

Mme R..., 35 ans. Entrée le 14 juillet 1949.

Néoplasme ulcériforme de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas. Le 16 juillet 1949 : Gastrectomie Billroth II. Décès par récidence 3 mois après.

Depuis 6 mois, douleurs épigastriques sans horaire fixe, sans vomissements. Des radiographies gastriques n'ont rien montré. Cependant, anorexie et amaigrissement.

Intervention : Le 16 juillet 1949 ; Docteurs Desjacques, Touraine. Grosse tumeur antrale adhérente au mésocolon transverse. C'est une vaste ulcération de la petite courbure, large comme une petite paume de main, perforée, bouchée par le pancréas. Nombreux ganglions. Lésion à la limite de l'opérabilité. Gastrectomie Billroth II. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Vaste perte de substance bordée par un rebord induré.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique avec envahissement ganglionnaire.

Suites : simples. Mais cette malade revient dans le service 2 mois 1/2 après, avec signes de récidence locale. Décès le 28 octobre 1949.

OBSERVATION 66

S... Germaine, 30 ans. Entrée le 26 juillet 1949.

Néoplasme antral sténosant chez une femme ayant accouché il y a 2 mois. Le 27 juillet 1949 : Gastrectomie Billroth II. Six mois après, décès par récidence en cancer des ovaires.

Depuis un temps assez long, mal précisé, cette jeune femme présente des

vomissements épisodiques, sans douleur. Depuis son accouchement il y a 2 mois, elle souffre de douleurs épigastriques permanentes, avec paroxysmes surtout nocturnes. Deux hématémèses. La radioscopie montre la présence de liquide à jeun ; les radiographies gastriques révèlent un aspect lacunaire pré-pylorique.

Intervention : le 27 juillet 1949 ; Docteurs Desjacques, Touraine. Néoplasme de l'antré. Présence de ganglions nombreux. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Néoplasme ulcéroforme de la petite courbure, grand comme une pièce de 20 francs. La sténose laisse facilement passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré atypique, sans envahissement ganglionnaire (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. La malade quitte le service le 16 août 1949.

Elle revient 6 mois après, et meurt d'une récidive par cancer des ovaires du type Krükenberg.

OBSERVATION 67

Sœur D..., 65 ans. Entrée le 19 novembre 1949.

Sténose par néoplasme antro-pylorique. Le 21 novembre 1949 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Douleurs épigastriques et vomissements depuis 10 mois. Amaigrissement de 10 kilos. La palpation révèle une tumeur épigastrique grosse comme le poing.

Intervention : le 21 novembre 1949. Docteurs Desjacques, Roche. Grosse tumeur antro-pylorique. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Tumeur large comme une petite paume de main. L'orifice pylorique laisse passer l'index.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique.

Suites : très simples.

Résultats éloignés inconnus : Lettre envoyée restée sans réponse.

OBSERVATION 68

B... Gabrielle, 60 ans. Entrée le 23 novembre 1949.

Grande sténose pylorique par néoplasme. Le 25 novembre 1949 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis 8 mois, vomissements et anorexie. Pas de douleurs. Gros amaigrissement. A l'examen : clapotage ; estomac ptosé. Les radiographies confirment la sténose.

Intervention : le 26 novembre 1949 ; Docteurs Desjacques, Roche. Grand estomac en amont d'une tumeur antro-pylorique bien mobile. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : L'orifice pylorique laisse passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique atypique.

Suites : simples ; résultats éloignés inconnus.

OBSERVATION 69

O... Auguste, 50 ans. Entré le 7 février 1950.

Grande sténose du pylore par néoplasme. Le 10 février 1950 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 6 mois après.

Depuis 2 mois, vomissements de type stase, quotidiens, avec grosse dénutrition. Clapotage à jeun. La sténose est confirmée par l'examen radiologique.

Intervention : le 10 février 1950 ; Docteurs Desjacques, Bertrand, Roche. Gros néoplasme antro-pylorique adhérent au mésocolon transverse, avec masse ganglionnaire adhérente au pancréas. Gastrectomie Billroth II en emportant un peu de pancréas et toute la partie moyenne du mésocolon transverse. Un drain. Durée : 75 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme large comme une paume de main, avec ulcération centrale. La sténose laisse très bien passer l'index.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique orthoplasique.

Suites : simples.

On apprend que ce malade a récidivé 6 mois après.

OBSERVATION 70

S... Pierre, 72 ans. Entré le 24 avril 1950.

Gros néoplasme gastrique à forme anémique. Le 26 avril 1950 : Gastrectomie Billroth II. Récidive 2 ans 1/2 après.

Aucun symptôme digestif. Anémie depuis 2 ans, avec Weber très positif et polynucléose à 80 %. Les radiographies gastriques montrent une grosse lacune de la partie moyenne de la petite courbure.

Intervention : le 26 avril 1950 ; Docteurs Desjacques, Bertrand, Roche. Grosse tumeur de la partie moyenne de l'estomac, avec énormes adénopathies. On réalise l'ablation de la tumeur à titre d'opération de propreté. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Enorme néoplasme grand comme une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac.

Suites : simples.

On apprend son décès, survenu le 26 avril 1953, après cachexie progressive pendant 6 mois.

OBSERVATION 71

L... Jeanne, 44 ans. Entrée le 8 août 1950.

Sténose par néoplasme antro-pylorique. Le 10 août 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 15^e jour.

En 1945, cette malade a présenté un syndrome occlusif avec arrêt des matières et des gaz. Peu après sont apparus des troubles dyspeptiques avec vomissements et amaigrissement. A l'examen : signes cliniques de sténose, objectivée par les radiographies.

Intervention : le 10 août 1950 ; Docteurs Godinot, Ricard. Volumineux néoplasme de l'antre, encore bien mobile, mais avec ganglions importants le long de la coronaire. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Enorme néoplasme. Pas de sténose anatomique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire atypique (Docteur Plauchu).

Suites : Décès, par affaiblissement progressif, le 24 août 1950.

OBSERVATION 72

G... Augustin, 53 ans. Entré le 4 septembre 1950.

Sténose par néoplasme antro-pylorique. Le 6 septembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès 1 an après par récurrence.

Ce malade souffre depuis 25 ans d'un syndrome douloureux périodique, de type ulcéreux, plus ou moins bien calmé par le traitement médical. Récente accentuation des troubles, avec vomissements. Les radiographies objectivent la sténose pylorique.

Intervention : le 6 novembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Dujol. Gros néoplasme antro-pylorique, qui adhère au mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : La sténose laisse passer un doigt. Néoplasme à point de départ sur la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique de la muqueuse gastrique (Professeur J.-F. Martin).

Suites : normales.

On apprend le décès de ce malade, par récurrence, un an après l'intervention.

OBSERVATION 73

B... François, 68 ans. Entré le 6 septembre 1950.

Enorme tumeur cavitaires de la petite courbure. Le 7 septembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès 3 ans après par récurrence.

Depuis 1 an, état général médiocre, bientôt compliqué d'une anorexie importante, amenant ce malade à consulter dans le service du Professeur Croizat. Les radiographies montrent l'existence d'un néoplasme gastrique.

Intervention : le 7 septembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Dujol. Tumeur mobile, haut-située, avec quelques ganglions de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur d'aspect extraordinaire, présentant une grande cavité large comme une petite paume de main, limitée par un bourrelet énorme, qui se laisse cliver des parties saines de l'estomac.

Examen histo-pathologique : La première impression est qu'il s'agit d'une tumeur nerveuse sans malignité (Professeur J.-F. Martin).

Suites : simples.

Le médecin-traitant nous apprend le décès de ce malade, le 20 octobre 1953, en cachexie néoplasique, ce qui prouve trop bien la malignité de cette tumeur.

OBSERVATION 74

De D...-G..., 72 ans. Entré le 15 septembre 1950.

Sténose du pylore par néoplasme. Le 18 septembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès 3 ans après par récurrence.

Depuis 1 an, ce malade souffre de douleurs dorsales et thoraciques basses, continues, auxquelles s'ajoutent depuis peu des vomissements. Les radiographies gastriques révèlent une image néoplasique.

Intervention : le 18 septembre 1950 : Docteurs Desjacques, Dujol. Grand estomac à parois épaissies. Néoplasme antro-pylorique que l'on mobilise après libération d'une adhérence à la face inférieure du foie. Quelques ganglions sous-pyloriques. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Gros néoplasme à bords bourgeonnants, grand comme une paume de main. La sténose laisse passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique orthoplasique glanduliforme du type commun (Professeur J.-F. Martin).

Suites : simples.

On apprend le décès de ce malade, en juin 1953, par cachexie néoplasique, après une période relativement bonne de 2 ans après l'intervention.

OBSERVATION 75

B... Valentine, 48 ans. Entrée le 20 septembre 1950.

Néoplasme antro-pylorique à forme anémique, chez une cardiaque. Le 22 septembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Récurrence plus de 3 ans après.

Cette malade, porteuse d'un rétrécissement mitral, présente depuis 6 mois une anémie importante. De récentes radiographies gastriques montrent une image suspecte.

Intervention : le 22 septembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet. Néoplasme antro-pylorique bien mobile. Quelques ganglions de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme grand comme une pièce de 2 francs, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique très typique (Docteur Plauchu).

Suites : simples.

Malade revue le 11 janvier 1954 : avec signes de récurrence locale. Pendant 2 ans, l'état local et général est demeuré excellent.

OBSERVATION 76

D... François, 56 ans. Entré le 23 septembre 1950.

Néoplasme ulcéré de la petite courbure. Le 28 septembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès par suicide.

Symptomatologie ulcéreuse depuis 2 ans, exacerbée depuis 6 mois, avec amaigrissement. Les radiographies montrent une ombre suspecte de l'angulus.

Intervention : le 28 septembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Dujol. Induration de la partie moyenne de la petite courbure. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique tubulé glanduliforme (Professeur J.-F. Martin).

Ce malade s'est suicidé 1 an après l'intervention.

OBSERVATION 77

Mme P., 41 ans. Entrée le 4 octobre 1950.

Néoplasme antro-pylorique. Le 6 octobre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire. Résultats éloignés inconnus.

Depuis 1 an, douleurs abdominales post-prandiales quotidiennes. Vomissements épisodiques. Amaigrissement de 20 kilogs. Les radiographies gastriques montrent une rigidité de la petite courbure.

Intervention : le 6 octobre 1950 ; Docteurs Desjacques, Blanchet, Viard. Gros néoplasme antro-pylorique avec ganglions de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme à bords bourgeonnants, à fond sphacélique, de la taille d'une petite paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique très infiltrant de la paroi gastrique (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples.

Résultats éloignés inconnus.

OBSERVATION 78

L... Mathilde, 61 ans. Entrée le 10 novembre 1950.

Sténose pylorique par néoplasme. Le 13 novembre 1950 : Gastrectomie Billroth II. Décès par récurrence 1 an après.

Depuis 2 mois seulement s'est installé chez cette malade un syndrome essentiellement caractérisé par de l'anorexie et de l'asthénie, sans douleurs gastriques. Les radiographies montrent une importante distension gastrique, avec sténose pylorique.

Intervention : le 13 novembre 1950 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet. Grand estomac, avec néoplasme antro-pylorique parti de la grande courbure, adhérent au mésocolon transverse. Nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme large comme une petite paume de main. La sténose laisse passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac, avec envahissement ganglionnaire (Professeur J.-F. Martin).

Suites : simples.

Décès 1 an après, par récurrence, le 20 novembre 1951.

III. — MALADES OPERES APRES LE 30 NOVEMBRE 1950 pour lesquels nous ne contrôlons que les résultats immédiats

OBSERVATION 79

D... Sylvain, 67 ans. Entré le 23 janvier 1951.

Néoplasme massif de l'estomac. Le 30 janvier 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade souffrant depuis 1 an, chez lequel une radiographie gastrique montre une amputation de la partie horizontale de la grande courbure.

Intervention : le 30 janvier 1951 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet.

Gros néoplasme antral adhérent au mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : gros néoplasme large comme une paume de main, à bords bourgeonnants, à fond putride.

Examen histo-pathologique : Epithélioma métatypique ulcéré (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. Sort le 1^{er} mars 1951.

OBSERVATION 80

O... Isabelle, 62 ans. Entrée le 7 février 1951.

Néoplasme de la petite courbure, avec symptomatologie de lithiase vésiculaire. Le 9 février 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade à antécédents hépatiques, qui présente depuis 20 ans des intolérances alimentaires variées et de fréquents états subictériques. Sur ce fond chronique sont apparues en janvier dernier des douleurs de l'hypocondre droit, bientôt continuelles, avec net subictère des conjonctives. Pas d'anorexie, ni d'amaigrissement. Des radiographies gastriques révèlent un néoplasme antral, remontant au-dessus de l'angulus.

Intervention : le 9 février 1951 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet. Néoplasme assez haut situé sur la petite courbure. Ganglions nombreux. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme assez large, à bords bourgeonnants, grand comme une petite paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique, sans envahissement ganglionnaire.

Suites : simples.

OBSERVATION 81

S... Claudius, 50 ans. Entré le 3 avril 1951.

Gros néoplasme médiogastrique. Le 4 avril 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Douleurs du type ulcéreux depuis 1 an 1/2. Tumeur nette à la palpation.

Intervention : le 4 avril 1951 ; Docteurs Desjacques, Viard, Blanchet. Grosse tumeur mobile un peu adhérente au mésocolon transverse. Gros ganglions pyloriques et de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme de la grandeur d'une paume de main, à bords bourgeonnants. Gros ganglions de la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. Sort le 27 avril 1951.

OBSERVATION 82

D... Agostino, 51 ans. Entré le 4 juillet 1951.

Néoplasme de la face postérieure de l'estomac, perforé, bouché par le pancréas et le mésocolon transverse. Le 8 juillet 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Dyspeptie remontant à novembre 1950. Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire antrale.

Intervention : le 8 juillet 1951 ; Docteurs Desjacques, Mounier-Kuhn. Aspect d'ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac, perforé, bouché par le pancréas et le mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 65 minutes.

Examen de la pièce : ulcère calleux perforé sur la largeur d'une pièce de 1 franc ; bords indurés et bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. Sort le 29 juillet 1951.

OBSERVATION 83

Sœur D..., 68 ans. Entrée le 6 juillet 1951.

Néoplasme de la petite courbure. Le 18 juillet 1951 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 5^e jour.

Cette malade, dyspeptique depuis 3 mois, consulte le Professeur Levrat qui découvre à la radioscopie une image néoplasique de la petite courbure.

Intervention : le 18 juillet 1951 : Docteurs Desjacques, Mounier-Kuhn, Gilloz. Petit néoplasme de la petite courbure, proche du pylore, adhérent au mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 65 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme de la largeur d'une petite paume de main à bords bourgeonnants, très aminci en son centre.

Suites : décès par congestion pulmonaire le 22 juillet 1951.

OBSERVATION 84

Mme L..., 73 ans. Entrée le 28 septembre 1951.

Gros néoplasme gastrique. Le 2 octobre 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Cette malade souffre depuis avril 1951. Les radiographies montrent une lacune de la portion haute de la petite courbure. La palpation révèle une tumeur épigastrique.

Intervention : le 2 octobre 1951 ; Docteur Desjacques, De Rougemont, Gilloz. Gros néoplasme antral avec ganglions le long des petite et grande courbures. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 42 minutes.

Examen de la pièce : grosse tumeur très étalée en surface.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique. Envahissement ganglionnaire (Professeur J.-F. Martin).

Suites : simples. La malade passe au pavillon H.

OBSERVATION 85

V... Marius, 64 ans. Entré le 19 octobre 1951.

Néoplasme de la petite courbure chez un pulmonaire. Le 26 octobre 1951 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ce malade, par ailleurs atteint de pneumoconiose, souffre de l'estomac depuis plusieurs années. Les radiographies gastriques montrent une rigidité lacunaire de la petite courbure.

Intervention : le 26 octobre 1951 ; Docteurs Desjacques, Mounier-Kuhn, Gilloz. Induration limitée de la petite courbure en sa partie moyenne, avec petits ganglions de voisinage. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 48 minutes.

Examen de la pièce : Plaque rigide à la partie moyenne de la petite courbure, un peu ulcéré et à bords légèrement bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique végétant.

Suites : simples. Sort le 22 novembre 1951.

OBSERVATION 86

Mme G..., 44 ans. Entrée le 3 décembre 1951.

Néoplasme de la moitié supérieure de l'estomac. Le 10 décembre 1951 : Gastrectomie presque totale. Guérison opératoire.

L'affection actuelle a débuté il y a 3 ans : douleurs gastriques périodiques. L'examen radiologique met en évidence un néoplasme en virole médiogastrique avec sténose.

Intervention : le 10 décembre 1951 ; Docteurs Desjacques, de Rougemont, Gilloz. Grosse tumeur de la moitié supérieure de l'estomac. Gastrectomie presque totale. Anastomose au moyen bouton de Villard. Un drain.

Examen de la pièce : grosse tumeur d'aspect linitique. Présence d'un gros ganglion de la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique. Le ganglion est envahi (Docteur Feroldi).

Suites : simples du point de vue local, mais état très anémique.

OBSERVATION 87

L... Jean-Louis, 62 ans. Entré le 7 février 1952.

Sténose médio-gastrique par néoplasme de la face postérieure de l'estomac. Le 9 février 1952 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 7^e jour.

Ancien hémiplegique, en mauvais état général, qui souffre de l'estomac depuis 1 an.

Intervention : le 9 février 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné, Ponyet. Présence d'une grosse masse occupant le corps du pancréas et englobant la face postérieure de l'estomac. En explorant la face postérieure de l'estomac on découvre un ulcère rétractile perforé, bouché par le pancréas. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Bel ulcère rétractile perforé en son centre.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique.

Suites : Décès le 13 février 1952.

OBSERVATION 88

W.. Etienne, 63 ans. Entré le 14 février 1952.

Néoplasme de la petite courbure. Ulcère ancien du duodénum. Le 18 février 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ancien ulcéreux traité depuis 20 ans. De récentes radiographies gastriques montrent un aspect de niche plate de la portion haute de la petite courbure.

Intervention : le 18 février 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné. Masse indurée cratériforme de la petite courbure. Duodénum déformé, avec une tache sur la face antérieure. Duodénogastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Petit ulcère cicatriciel du duodénum. La lésion de la petite courbure est peu creusante. C'est une ulcération à bords un peu bourgeonnants, reposant sur une portion rigide. L'ensemble est de la taille d'une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Ulcère ancien, encore évolutif, qui subit sur un de ses bords une dégénérescence néoplasique, au niveau d'un épithélioma gastrique métaplasique.

Suites : simples. Sort le 15 mars 1952.

OBSERVATION 89

C... Marie, 72 ans. Entrée le 24 mars 1952.

Néoplasme de la petite courbure. Le 28 mars 1952 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 9^e jour.

Dyspeptie évoluant depuis 10 ans. Malade en mauvais état général. La radiographie a identifié une grosse lacune prépylorique.

Intervention : le 28 mars 1952 ; Docteurs Desjacques, Ponyet, Béné. Petite tumeur de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 32 minutes.

Examen de la pièce : néoplasme de la petite courbure de la largeur d'une pièce de 5 francs. Petits ganglions le long des deux courbures.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique (Docteur Plauchu).

Suites : Décès, après affaiblissement progressif, le 5 avril 1952.

OBSERVATION 90

R... Antoine, 62 ans. Entré le 21 avril 1952.

Néoplasme haut situé sur la face postérieure de l'estomac. Le 3 mai 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade au très long passé dyspeptique, chez lequel la radiographie confirme un ulcère, en 1949. Aggravation des symptômes depuis 6 mois. Des radiographies récentes montrent une niche de la face postérieure de l'estomac.

Intervention : le 3 mai 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné. Ulcère haut-situé de la face postérieure de l'estomac, perforé, bouché par le pancréas ; gastrectomie difficile en raison du moignon très petit. Anastomose au nouveau bouton de Villard placé sur la face antérieure de l'estomac. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Ulcère de la grandeur d'une petite paume de main, à bords un peu indurés.

Examen histo-pathologique : Epithélioma métatypique et colloïde partiel, ulcéré (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. Sort le 6 juin 1952.

OBSERVATION 91

F... Françoise, 43 ans. Entrée le 28 avril 1952.

Néoplasme antro-pylorique. Le 5 mai 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

L'affection a débuté il y a 1 an, et évolue avec des signes de sténose pylorique.

Intervention : le 5 mai 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné, Platey. Gros néoplasme antro-pylorique avec ganglions des petite et grande courbures, et pré-pancréatiques. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : néoplasme large comme une paume de main, à bords bourgeonnants. On passe aisément le doigt à travers l'orifice pylorique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique avec large envahissement ganglionnaire (Docteur Plauchu).

Suites : simples. La malade sort le 28 mai 1952.

OBSERVATION 92

C... Henri, 73 ans. Entré le 8 mai 1952.

Néoplasme de la petite courbure. Le 14 mai 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade souffrant de l'estomac depuis 6 mois. Des radiographies pratiquées dans le service du Professeur Levrat montrent un néoplasme à forme infiltrante de la petite courbure.

Intervention : le 14 mai 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné. Il s'agit d'un petit néoplasme de la partie moyenne de la petite courbure. Quelques ganglions adjacents. Libération d'une petite adhérence au corps du pancréas. Malgré l'âge, la lésion paraît bien limitée. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : néoplasme cratériforme, bien dépassé par la gastrectomie. Quelques ganglions de la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique, massif et dense (Professeur Ag. Guichard).

Suites : Dumping - syndrome, qui s'améliore progressivement. Le malade quitte le service le 28 juin 1952.

OBSERVATION 93

B... Joseph, 62 ans. Entré le 5 juin 1952.

Néoplasme gastrique adhérent au foie, au pancréas et au mésocolon transverse. Le 10 juin 1952 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 14^e jour.

Depuis janvier 1952 ce malade présente des symptômes digestifs dont le principal est une diarrhée chronique. Par ailleurs anémie à 2.000.000 de globules rouges, présence d'une masse paraombilicale droite, et mise en évidence d'une lacune de la petite courbure par la radiographie gastrique.

Intervention : le 10 juin 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné, Plathey. Enorme tumeur du corps de l'estomac, adhérente au foie, au pancréas et au mésocolon transverse. Très peu de ganglions. On arrive à cliver la masse tumorale.

Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Enorme tumeur plus grande qu'une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique glandulaire de la muqueuse gastrique (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples au début, puis pyrexie de 6 jours avec signes pulmonaires. Décès le 23 juin 1952.

OBSERVATION 94

M... Gabriel, 66 ans. Entré le 9 juin 1952.

Néoplasme ulcériforme de la petite courbure. Le 11 juin 1952 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 12^e jour.

Dyspeptie du type ulcéreux évoluant depuis 5 ans. Accentuation récente de tous les symptômes. Les radiographies gastriques révèlent une ulcération de l'angulus, sur fond irrégulier.

Intervention : le 11 juin 1952 ; Docteurs Desjacques, Béné, Plathey. Petite tumeur indurée à la partie moyenne de la petite courbure. Quelques ganglions prépyloriques et de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : l'aspect est plutôt celui d'un ulcère calleux à fond plat et à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique (Professeur J.-F. Martin).

Suites : Décès par collapsus cardio-vasculaire le 22 juin 1952.

OBSERVATION 95

C... Marcel, 55 ans. Entré le 21 juin 1952.

Néoplasme antro-pylorique. Le 23 juin 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade envoyé par le Professeur Lévrat. Symptômes gastriques datant de 1 an, récemment exacerbés avec vomissements. Des radiographies ont montré un aspect de niche géante de la petite courbure, prépylorique. Réactions de Weber très positives.

Intervention : le 23 juin 1952 ; Docteurs Desjacques, Gilloz. Néoplasme antro-pylorique fixé à la tête du pancréas. On arrive néanmoins à pratiquer une gastrectomie Billroth II. Anastomose au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Gros néoplasme ulcériforme. Ganglions de la petite et de la grande courbures. La sténose était fonctionnelle : l'orifice pylorique laisse passer un doigt.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré colloïde de l'estomac.

Suites : simples. Sort le 18 juillet 1952.

OBSERVATION 96

C... Louis, 54 ans. Entré le 2 août 1952.

Néoplasme antral juxta-pylorique. Le 4 août 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptomatologie apparue depuis 3 mois seulement. Les radiographies gastriques montrent une image lacunaire prépylorique.

Intervention : le 4 août 1952 ; Docteur Desjacques, Vidil, Dumas. Tumeur antro-pylorique mobile. Quelques ganglions, uniquement sous-pyloriques. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme grand comme une pièce de 5 francs à bords bourgeonnants. Très térébrant, il arrive jusqu'au péritoine. Pas de sténose pylorique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique.

Suites : Pneumonie de la base droite, guérie par solumédine. Le malade sort le 27 août 1952.

OBSERVATION 97

Sœur D..., 34 ans. Entrée le 31 août 1952.

Néoplasme antro-pylorique. Le 6 septembre 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptômes gastriques évoluant depuis novembre 1951. De récentes radiographies montrent une ptose gastrique et une image lacunaire prépylorique.

Intervention : le 6 septembre 1952 ; Docteurs Desjacques, Gilloz. Petite tumeur pylorique bien mobile. Quelques ganglions sous-pyloriques. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Tumeur cratériforme du pylore, grande comme une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique atypique. Le ganglion adjacent n'est pas envahi (Docteur Plauchu).

Suites : simples. Sort le 25 septembre 1952.

OBSERVATION 98

L... Emile, 47 ans. Entré le 8 novembre 1952.

Néoplasme pylorique de diagnostic histologique. Le 12 novembre 1952 :

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Emmené le 10^e jour dans un état désespéré.

Ce malade souffre de l'estomac depuis 6 ans. Symptômes du type ulcéreux. Les radiographies révèlent une énorme déformation de la région prépylorique.

Intervention : le 12 novembre 1952 ; Docteurs Desjacques, Gilloz. Tout saigne beaucoup. Gros œdème du petit et du grand épiploon, ainsi que du mésocolon transverse. Ulcère de la face antérieure du duodénum à quelques millimètres au delà du pylore. Importante rétraction de la petite courbure qui va limiter singulièrement la gastrectomie de ce côté. Duodénogastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Outre l'ulcère du duodénum, très importante gastrite antrale. Il existe un ulcère dans le sillon pylorique en arrière.

Examen histo-pathologique : Il s'agit d'un aspect très particulier du type « épithélioma in situ » (Professeur J.-F. Martin).

Suites : gros shock. Le malade est emmené par sa famille dans un état désespéré le 17 novembre 1952.

OBSERVATION 99

D... Héripsisimé, 55 ans. Entrée le 20 novembre 1952.

Néoplasme gastrique au stade muqueux. Le 25 novembre 1952 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Cette malade ne souffre de l'estomac que depuis 1 mois. Les radiographies gastriques montrent un aspect lacunaire prépylorique.

Intervention : le 25 novembre 1952 ; Docteurs Desjacques, Vidil, Gilloz. Le colon transverse et l'estomac sont comme volvés par une grande bride épiploïque se dirigeant vers l'excavation pelvienne. Il faut réséquer cette bride pour remettre les organes en place. Le pylore est le siège d'une induration diffuse. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 65 minutes.

Examen de la pièce : Erosion antrale au niveau de la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique certain (Docteur Plauchu).

Suites : très simples.

OBSERVATION 100

V... Marie, 50 ans. Entrée le 29 novembre 1952.

Néoplasme antral avec nombreuses adénopathies. Le 3 décembre 1952 : Gastrectomie Billroth II. Emménée le 28^e jour dans un état désespéré.

L'affection actuelle évolue depuis 1 an. Importants vomissements. Les radiographies gastriques montrent un bourgeonnement de la région antrale.

Intervention : le 3 décembre 1952 ; Docteurs Desjacques, Vidil, Gilloz. Gros néoplasme antro-pylorique. Enormes adénopathies sous-pyloriques, pré-pancréatiques, et le long de la petite courbure. La masse ganglionnaire adhère au colon transverse ; on arrive cependant à la cliver. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Enorme tumeur cratériforme de l'antre, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré de l'estomac, à très grande surface.

Suites : Infarctus pulmonaire. La malade est emmenée par sa famille dans un état désespéré, le 31 décembre 1952.

OBSERVATION 101

G... Léon, 54 ans. Entré le 12 février 1953.

Néoplasme prépylorique. Le 14 février 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptômes gastriques depuis plusieurs années. Les radiographies montrent un aspect lacunaire prépylorique.

Intervention : le 14 février 1952 ; Docteur Desjacques. Petit néoplasme développé sur la grande courbure, un peu en amont du pylore. Le péritoine à son niveau est déjà envahi. Quelques petits ganglions le long de la grande courbure. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur de la grosseur d'une pièce de 5 francs, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma infecté ; stroma-réaction à polynucléaires type inflammation aiguë de l'épithélioma (Professeur Ag. Guichard).

Suites : simples. Le malade sort le 9 mars 1953.

OBSERVATION 102

D... Emile, 68 ans. Entré le 20 février 1953.

Néoplasme prépylorique. Le 23 février : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Dyspeptie datant de 1951. Les radiographies gastriques montrent une lacune irrégulière sus et sous-pylorique.

Intervention : le 23 mars 1953 ; Docteurs Desjacques, Desbrosses. Petite masse indurée prépylorique. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération prépylorique grosse comme une pièce de 2 francs, à bords un peu bourgeonnants et indurés.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique du type glandulaire ulcéré (Docteur Feroldi).

Suites : simples. Sort le 27 mars 1953.

OBSERVATION 103

D... Henri, 52 ans. Entré le 24 février 1953.

Néoplasme gastrique. Le 2 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II avec jéjuno-jéjunostomie. Décès le 7^e jour.

Ce malade souffre de l'estomac depuis 1931, d'une façon très irrégulière. Récente exacerbation des symptômes. Les radiographies montrent une grosse niche ulcéreuse de la face postérieure, sous-tubérositaire.

Intervention : le 2 mars 1953 ; Docteurs Desjacques, Desbrosses, Vidil. Incision médiane avec résection de l'appendice xyphoïde. Ulcère de la grosse tubérosité développé en arrière. Gastrectomie difficile, avec anastomose au nouveau bouton de Villard sur la face antérieure de l'estomac. Jéjuno-jéjunostomie au moyen bouton de Jaboulay. Un drain. Durée : 1 heure 30 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux haut-situé, avec cavité grande comme une pièce de 2 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma tubulé glanduliforme, ulcéré en surface (Professeur J.-F. Martin).

Suites : Décès par défaillance cardiaque le 8 mars 1953.

OBSERVATION 104

R... Frédéric, 54 ans. Entré le 27 février 1953.

Néoplasme antro-pylorique. Le 3 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptomatologie ulcéreuse depuis 1942. Les radiographies gastriques montrent une lacune de la région antrale remontant au-dessus de l'angulus.

Intervention : le 3 mars 1953 ; Docteur Desjacques. Tumeur antro-pylorique encore mobile. Gros ganglions de la petite courbure et de la région sous-pylorique. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Grosse tumeur à fond sphacélique, à bords bourgeonnants, grande comme une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire infiltrant (Docteur Potton).

Suites : simples. Le malade sort le 25 mars 1953.

OBSERVATION 105

Mme C..., 66 ans. Entrée le 4 mars 1953.

Néoplasme gastrique à forme anémique. Le 7 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade présentant depuis un an une baisse de l'état général avec anémie.

Intervention : le 7 mars 1953 ; Docteurs Desjacques, Vidil. Néoplasme antro-pylorique avec gros ganglions sous-pyloriques et de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme cavitaire à bords bourgeonnants, large comme une paume de main. Envahissement jusqu'au péritoine.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique typique glandulaire végétant, à fond nécrosé (Docteur Plauchu).

Suites : Phlébite du membre inférieur gauche, guérie par les anticoagulants. La malade quitte le service le 3 mai 1953.

OBSERVATION 106

B..., Anne, 66 ans. Entrée le 9 mars 1953.

Néoplasme de l'antre gastrique. Le 14 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade souffrant de l'estomac depuis 2 ans. Le professeur Croizat découvre une lacune de la petite courbure et pose une indication opératoire formelle.

Intervention : le 14 mars 1953 ; Docteurs Desjacques, Vidil, Desbrosses. Petite induration de l'antre ; quelques ganglions le long de la petite courbure. Gastrectomie/Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Erosion de surface un peu bourgeonnante et indurée sur ses bords.

Examen histo-pathologique : Epithélioma gastrique partiellement ulcéré, avec envahissement ganglionnaire. (Professeur J.-F. Martin).

Suites : Simples localement, mais escharre fessière qui nécessite une greffe cutanée.

OBSERVATION 107

G..., Raymonde, 30 ans. Entrée le 17 mars 1953.

Néoplasme géant de la petite courbure, perforé, bouché par le foie, chez une bacillaire. Le 20 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade ayant présenté en 1942 un infiltrat sous-claviculaire gauche, traité par pneumothorax. Ce dernier a été compliqué par un épanchement pleural intarissable, persistant jusqu'en 1950. En 1946, cette malade commence à souffrir de l'estomac. Les symptômes sont ceux d'un ulcère, objectivé d'ailleurs par la radiographie. Malgré le traitement médical, les douleurs persistent. De récentes radiographies montrent une rétraction extrême de la petite courbure et une grosse distension prépylorique. Le Professeur Levrat pose une indication opératoire formelle, en dépit du mauvais état général de l'intéressée.

Intervention : le 20 mars 1953. Docteurs Desjacques, Vidil, Desbrosses. On pensait faire seulement une gastro-entéro-anastomose chez cette malade ayant une sténose du pylore et une tuberculose pulmonaire. Mais on se trouve en présence d'un ulcère géant de la petite courbure perforé bouché par la face inférieure du foie. On est bien obligé de faire une gastrectomie. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 1 heure 50 minutes. Grâce à la docilité de la malade tout s'est passé sous rachi-anesthésie et anesthésie locale.

Examen de la pièce : Ulcère géant de la petite courbure avec importante rétraction de la petite courbure, amenant le pylore à l'angulus.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire extrêmement infiltrant avec réaction colloïde marquée.

Suites : Simples. La malade rejoint son sanatorium le 28 avril 1953.

OBSERVATION 108

Mme F., Rose. 51 ans. Entrée le 19 mars 1953.

Enorme néoplasme gastrique. Le 24 mars 1953 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 11^e jour.

Symptomatologie ulcéreuse depuis 4 ans, très aggravée depuis 5 mois. Les radiographies révèlent un néoplasme en virole remontant jusqu'à la grosse tubérosité.

Intervention : Le 24 mars 1953. Docteurs Desjacques, Vidil, Desbrosses. Très gros cancer de l'antré, avec importantes adénopathies sous-pyloriques et de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. On a lié le pédicule coronaire au bord supérieur du pancréas. Le moignon gastrique restant est très petit.

Examen de la pièce : Enorme tumeur malodorante à fond sphacélique.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire ulcéré typique (Professeur Ag. Guichard).

Suites : Décès dans le coma le 29 mars 1953.

OBSERVATION 109

Mme C..., 64 ans. Entrée le 20 avril 1953.

Gros néoplasme de la petite courbure chez une obèse. L'examen histologique révèle un sarcome. Le 24 avril 1953 : Gastrectomie Billroth II.

Malade au vieux passé dyspeptique sur lequel se greffent, en janvier 1952, des douleurs épigastriques continues.

Des radiographies gastriques montrent à cette époque une rigidité de la petite courbure. La malade, sollicitée de revenir à H bis pour nouvelles radiographies, attend presque 1 an pour le faire. Les films montrent alors une lacune étendue de la région angulaire.

Intervention : le 24 avril 1953 ; Docteurs Desjacques, Vidil, Desbrosses. Très gros néoplasme haut-situé de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II, assez difficile étant donné l'obésité de la malade. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur plus grande qu'une paume de main, à bords bourgeonnants, à fond nécrotique.

Examen histo-pathologique : Il n'existe dans le fragment envoyé aucune disposition glandulaire ou pseudo-glandulaire. Les plages cellulaires sont homogènes. On peut poser le diagnostic de sarcome, en se réservant de rechercher, par un examen plus approfondi, s'il s'agit d'un fibro-réticulo-sarcome ou d'un sarcome lipocytique. (Docteur Plauchu).

Suites : Simples. La malade quitte le service le 17 juin 1953.

OBSERVATION 110

G... Wanda, 32 ans. Entrée le 7 mai 1953.

Grande sténose par néoplasme pylorique chez une asthmatique. Le 11 mai 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Cette malade, asthmatique avérée depuis 6 ans, présente une symptomatologie ulcéreuse datant de 1951, récemment aggravée par des vomissements. Les radiologies montrent une rigidité constante juxta-pylorique.

Intervention : le 11 mai 1953 ; Docteurs Desjacques, Vidil, Desbrosses. Gros néoplasme antro-pylorique avec nombreux ganglions de voisinage. Quelques taches péritonéales en avant de la tête du pancréas. Estomac à parois épaissies, très dilaté. On pratique malgré tout une gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Sténose serrée, n'admettant qu'une pince hémostatique. Grosse tumeur à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré de l'estomac.

Suites : remarquablement simples. La température n'a pas dépassé 37°6.

OBSERVATION 111

C... Julie, 46 ans. Entrée le 5 juillet 1953.

Néoplasme antro-pylorique. Le 9 juillet 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptômes gastriques depuis 2 mois seulement.

Intervention : le 9 juillet 1953 ; Docteurs Desjacques, Sisteron. Existence d'une induration de la petite courbure et du pylore. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Ulcération prépylorique en surface, grande comme une pièce de 2 francs, à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique.

Suites : simples. La malade sort le 8 août 1953.

OBSERVATION 112

A... Emile, 41 ans. Entré le 7 juillet 1953.

Néoplasme gastrique avec extensions ganglionnaires. Le 10 juillet 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ce malade souffre depuis 6 mois. La radiographie révèle un aspect irrégulier et rétréci de la région antrale.

Intervention : le 10 juillet 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont. Néoplasme antro-pylorique. Gros ganglions de la petite et de la grande courbures. Importante masse ganglionnaire prévertébrale. Le pancréas lui-même paraît très induré. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Il semble y avoir deux tumeurs séparées par la muqueuse saine.

Examen histo-pathologique : Epithélioma anaplasique de l'estomac, étendu sur une grande longueur, avec plusieurs ulcérations néoplasiques.

Suites : simples.

OBSERVATION 113

G... Thérèse, 45 ans. Entrée le 8 juillet 1953.

Gros néoplasme antro-pylorique. Le 15 juillet 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Douleurs gastriques depuis 1 an, surtout nocturnes.

Intervention : le 15 juillet 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont, Voog. Grosse tumeur antro-pylorique. Enorme ganglion sous-pylorique. Adhérence de la masse néoplasique à la portion droite du mésocolon transverse, qu'on est

obligé de réséquer partiellement. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : très grosse tumeur à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma anaplasique ulcéré.

Suites : simples.

OBSERVATION 114

S... Louis, 42 ans. Entré le 27 juillet 1953.

Gros néoplasme ulcérimforme juxtacardiaque. Le 30 juillet 1953 : Gastrectomie Billroth II. Emmené dans un état cachectique avancé 1 mois après.

Symptomatologie d'ulcère gastrique, depuis octobre 1952. Les radiographies montrent une niche de la petite courbure, dont le bord supérieur est irrégulier et lacunaire.

Intervention : le 30 juillet 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont. Grosse tumeur juxta-cardiaque. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard, qu'on place sur la grande courbure. Un drain. Durée : 1 heure 30 minutes.

Examen de la pièce : Grosse tumeur ulcérée à bords bourgeonnants, à fond verdâtre. Deux gros ganglions envahis de la petite courbure.

Examen histo-pathologique : Epithélioma ulcéré et atypique de l'estomac. (Professeur Ag. Guichard).

Suites : Fistule gastrique — cachexie progressive. La famille emmène le malade.

OBSERVATION 115

L... Jeanne, 63 ans. Entrée le 3 septembre 1953.

Néoplasme antro-pylorique avec sténose. Le 7 septembre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Cette malade souffre de l'estomac depuis 3 ans. Depuis 5 mois : signes cliniques de sténose, objectivée par la radiographie qui montre l'existence d'une grande quantité de liquide à jeun.

Intervention : le 7 septembre 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont, Duquesnel. Petite tumeur pylorique. Quelques ganglions. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur à fond cratériforme grande comme une pièce de 2 francs. L'orifice pylorique laisse passer l'index.

Examen histo-pathologique : Epithélioma typique infiltrant.

Suites : simples.

OBSERVATION 116

P... Thérèse, 61 ans. Entrée le 14 septembre 1953.

Gros néoplasme gastrique. Le 16 septembre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Symptômes gastriques depuis 3 mois seulement. Les radiographies montrent un grand estomac distendu avec image lacunaire pré-pylorique.

Intervention : le 16 septembre 1953 ; Docteurs Desjacques, Sisteron, Dumont. Gros néoplasme antral. Très peu de ganglions. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Grosse tumeur antrale. Très peu d'adénopathies.

Examen histo-pathologique : Epithélioma infiltrant diffus atypique.

Suites : simples.

OBSERVATION 117

M... Eugène, 51 ans. Entré le 17 septembre 1953.

Néoplasme antro-pylorique. Le 19 septembre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Malade opéré à Vienne en janvier 1953, pour ulcère perforé (gastro-entéro-anastomose). Reprise des crises. La radiographie montre une niche pré-pylorique.

Intervention : le 19 septembre 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont. L'estomac est le siège d'une induration qui occupe l'antra et le pylore. Après libération de nombreuses adhérences, on sépare le foie de cette zone indurée et on ouvre une grande cavité occupant la face inférieure du foie et le petit épiploon. La masse adhère très fortement au pancréas. Présence de ganglions pré-pancréatiques et de la petite courbure. Gastrectomie très difficile du fait des adhérences anciennes, de l'adhérence au pancréas et de l'existence de la cavité. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 90 minutes.

Examen de la pièce : Vaste ulcération indurée en bas.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique.

Suites : simples. Le malade quitte le service le 23 novembre 1953.

OBSERVATION 118

I... Louise, 59 ans. Entrée le 27 octobre 1953.

Néoplasme de la petite courbure, de diagnostic histologique. Le 30 octobre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Cette malade souffre depuis 3 ans. Symptômatologie ulcéreuse. Les radiographies gastriques montrent une niche de l'angulus.

Intervention : le 30 octobre 1953 ; Docteurs Desjacques, Sisteron, Dumont. Bel ulcère de la petite courbure, avec scléro-lipomatose du petit épiploon. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 40 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux d'où partent des plis radiés.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique évoluant en surface. (Docteur Brette).

Suites : simples.

OBSERVATION 119

M... Albert, 56 ans. Entré le 31 octobre 1953.

Néoplasme gastrique à forme anémique. Le 3 novembre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ce malade présente une anémie croissante depuis 3 mois. Les radiographies gastriques montrent un aspect lacunaire et infiltré de la région antrale.

Intervention : le 3 novembre 1953 ; Docteurs Desjacques, Dumont. Tumeur pré-pylorique mobile. Pas de ganglions. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Un drain. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Tumeur grosse comme une pièce de 5 francs.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire typique.

Suites : simples.

OBSERVATION 120

B... Pierre, 58 ans. Entré le 12 décembre 1953.

Gros néoplasme antro-pylorique. Le 14 décembre 1953 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ce malade souffre de l'estomac depuis 6 mois. Les radiographies montrent un aspect lacunaire de la région antrale.

Intervention : le 14 décembre 1953 ; Docteurs Desjacques, Sisteron. Grosse tumeur un peu adhérente à la face antérieure du pancréas. Quelques ganglions de la petite et de la grande courbures. Estomac à parois épaisses et friables. Gastrectomie Billroth II au moyen bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Enorme tumeur à bords bourgeonnants. L'orifice pylorique laisse passer un doigt, malgré la symptomatologie de sténose.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac.

Suites : simples.

OBSERVATION 121

B... Aimé, 55 ans. Entré le 18 janvier 1954.

Néoplasme de la grande courbure juxta-pylorique. Le 22 janvier 1954 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Chez ce malade, les symptômes gastriques ne sont apparus que depuis 1 mois.

Intervention : le 22 janvier 1954 ; Docteurs Desjacques, Bulat, Rivière. Néoplasme de la grande courbure juxta-pylorique. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme cratériforme à bords bourgeonnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glandulaire orthoplasique.

Suites : Parotidite, guérie par auréomycine. Le malade sort le 27 mars.

OBSERVATION 122

G... Marie, 62 ans. Entrée le 12 février 1954.

Néoplasme du pylore. Le 15 février 1954 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 7^e jour.

Signes de sténose assez nets depuis quelques mois. La radiographie montre la présence de liquide à jeun, et l'existence d'une importante déformation de la région pyloro-duodénale.

Intervention : le 15 février 1954 ; Docteurs Godinot, Poulat, Rivière. Malade grasse. Tout saigne beaucoup. Existence d'une masse dans la région sous-pylorique, du volume d'un poing, mais encore bien mobile. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Enorme néoplasme ulcéré et bourgeonnant.

Examen histo-pathologique : Epithélioma orthoplasique (Professeur J.-F. Martin).

Suites : Décès, le 18 février 1954.

OBSERVATION 123

B... François, 58 ans. Entré le 24 février 1954.

Néoplasme de la petite courbure. Le 2 mars 1954 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

Ce malade présente un tableau dyspeptique datant de 1952. Une hémartémèse il y a 6 mois. Les radiographies révèlent une image néoplasique.

Intervention : le 2 mars 1954 ; Docteurs Desjacques, Rivière, Poulat. Grosse tumeur de la petite courbure. De l'épiploon s'est greffé dessus. Nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Fermeture totale. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : Néoplasme cratérimorfe à bords indurés.

Examen histo-pathologique : Epithélioma glanduliforme (Docteur Feroldi).

Suites : simples.

OBSERVATION 124

P... Marius, 48 ans. Entré le 4 mars 1954.

Néoplasme antro-pylorique compliqué de sténose et d'hémorragies. Le 8 mars 1954 : Gastrectomie Billroth II. Guérison opératoire.

L'affection actuelle a débuté en février 1953, par un épisode de sténose gastrique, entraînant des vomissements pendant 3 jours. Nouveaux épisodes semblables en novembre 1953 et en février 1954. Le malade est envoyé dans le service du Docteur Gonin, où il présente une abondante hématomèse de 1 litre 1/2, le 15 février 1954.

Intervention : le 8 mars 1954 ; Docteurs Desjacques, Rivière, Poulat. Tumeur volumineuse avec nombreux ganglions de la petite courbure, fixée au pancréas et au mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II au nouveau bouton de Villard. Un drain.

Examen de la pièce : Grosse tumeur à bords bouronnants.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique de l'estomac (Docteur Potton).

Suites : simples.

OBSERVATION 125

V... Julie, 67 ans. Entrée le 28 mai 1954.

Néoplasme antro-pylorique. Le 2 juin 1954 : Gastrectomie Billroth II. Décès le 2^e jour.

Malade dyspeptique depuis 3 ans, qui présente depuis 4 mois une importante anorexie et des vomissements. La radiographie montre un aspect lacunaire de la région antrale.

Intervention : le 2 juin 1954 ; Docteur Desjacques. Gros néoplasme antral mobile, mais très nombreux ganglions. Gastrectomie Billroth II, qui laisse beaucoup de ganglions un peu partout. Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Grosse tumeur antrale de la largeur d'une paume de main.

Examen histo-pathologique : Epithélioma atypique infiltrant (Docteur Feroldi).

Suites : gros shock. Décès le 3 juin 1954.

CHAPITRE V

ELEMENTS DU PRONOSTIC

I. — Importance de l'envahissement ganglionnaire.

C'est, bien entendu, un facteur essentiel du pronostic. Les survies les plus longues s'observent dans les cas où le néoplasme a très peu ou pas de ganglions adjacents (Obs. n° 1, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 20).

II. — Importance de la lésion elle-même.

Il n'y a pas de relation exacte entre le volume de la tumeur et les chances qu'a le malade de survivre plus ou moins longtemps. Il est vrai que les récides les plus précoces sont toutes survenues pour des néoplasmes de gros volume (Obs. n° 19, 66, 69) ; mais les survies les plus longues ne sont pas exclusivement l'apanage des lésions les plus minimales : parmi les 19 malades ayant survécu plus de 3 ans à la gastrectomie, on trouve toutes les sortes de cancers, depuis le petit néoplasme au début (Obs. n° 3, 20) jusqu'à l'énorme tumeur (Obs. n° 5). Enfin, chez ces mêmes malades, l'examen de la pièce opératoire a montré dans la majorité des cas un néoplasme atteignant la grandeur d'une petite paume de main.

Notons au passage qu'il n'existe en général pas de relation très nette entre le plus ou moins long passé digestif des malades et l'importance des lésions qu'ils présentent : certains, bien que souffrant depuis fort longtemps, avaient des lésions peu étendues (Obs. n° 20, 29) ; certains, à l'encontre, présentaient des signes digestifs depuis moins d'un mois, et malgré cela l'examen de la pièce opératoire montrait des lésions souvent très avancées (Obs. n° 1, 2, 18, 49).

III. — Localisation de la tumeur.

Les résultats les plus encourageants sont certainement fournis par la gastrectomie sur néoplasme de la *grande courbure*. 8 malades de notre statistique appartenaient à cette catégorie : 2 sont actuellement en bonne santé, plus de 10 ans après l'intervention (Obs. n^{os} 1 et 2) ; 1 décéda, 9 ans après, d'une affection différente (Obs. n^o 13). Pareille localisation permettrait ainsi d'envisager plus de 35 % de très longues survies, voire de guérisons définitives.

Un tel chiffre n'est pas atteint pour les néoplasmes de l'antrum pylorique et de la petite courbure, malheureusement bien plus fréquents : les survies de plus de 3 ans s'y rencontrent dans une proportion de 25 % seulement, et les guérisons possibles n'excèdent pas 15 % des cas.

IV. — Age des malades.

Cette question est évidemment importante pour le pronostic. D'une part la mortalité opératoire est plus élevée chez les sujets âgés de plus de 60 ans ; d'autre part les récidives semblent d'autant plus précoces que le malade était plus âgé : c'est ainsi qu'en fonction du nombre des gastrectomisés dont nous étudions les résultats éloignés, nous obtenons la répartition suivante :

pour les malades de 30 à 40 ans :	45 %	de survies de plus de 3 ans ;
pour les malades de 40 à 50 ans :	25 %	de survies de plus de 3 ans ;
pour les malades de 50 à 60 ans :	21 %	de survies de plus de 3 ans ;
pour les malades de 60 à 70 ans :	12 %	de survies de plus de 3 ans.

Pour les malades de plus de 70 ans, nous constatons 2 survies de plus de 3 ans, sur 4 gastrectomisés, soit 50 % de résultats assez favorables. Il faut bien entendu tenir compte du petit nombre de ces malades, ce qui donne une valeur limitée à notre pourcentage ; mais ce chiffre est aussi le corollaire de celui que nous avons donné page 19, au sujet de la mortalité opératoire chez le vieillard : les conditions exceptionnelles qui ont permis la gastrectomie sont peut-être aussi la cause d'une plus longue survie (Obs. n^{os} 12 et 74).

V. — Sexe.

En nous reportant encore une fois aux 19 cas observés de survie prolongée, nous constatons leur répartition entre 9 hommes et 10 femmes ; c'est-à-dire que les longues survies de cette statistique concernent 21 % des hommes et 27 % des femmes. Cette faible différence conférerait ainsi au néoplasme gastrique un pronostic légèrement meilleur pour la femme. Cela tient peut-être à la localisation du cancer : les femmes présentent plus souvent que les hommes des cancers de la grande courbure. Si cet argument n'a pas été retenu pour expliquer la prépondérance chez la femme des tumeurs encore mobilisables (cf. page 18), il n'en va pas de même pour justifier les résultats éloignés plus favorables : l'étude des observations n° 1 à 78 montre une prédominance très nette des néoplasmes de la grande courbure chez la femme (14 % contre 7 % chez l'homme) ; or, nous avons vu que cette localisation donnait les plus longues survies après gastrectomie.

VI. — Famille histologique du néoplasme.

L'examen histo-pathologique a été réalisé après chaque gastrectomie. Il s'agissait pratiquement toujours d'un épithélioma, typique (60 % des cas) ou atypique (40 % des cas), de la muqueuse gastrique.

Il n'a été observé qu'un seul sarcome (Obs. n° 109, déjà citée page 16). Deux fois, l'examen histo-pathologique n'a pas pu affirmer la malignité de la tumeur. Dans l'observation n° 19, il s'agissait d'un volumineux néoplasme pédiculé, qui récidiva d'ailleurs rapidement par métastase ganglionnaire ; dans l'observation n° 73, l'aspect du cancer était celui d'une tumeur nerveuse bénigne, ce qui fut démenti par une récurrence locale, survenant 3 ans après l'intervention.

L'étude de nos observations ne permet pas de considérer la famille histologique du cancer comme un élément influent sur le pronostic. Aussi bien sur l'ensemble des survies de plus de 3 ans que sur les 12 observations d'actuels survivants, les proportions respectives d'épithéliomas typiques et atypiques sont les mêmes que pour la totalité des cancers opérés avant 1950.

CHAPITRE VI

CONSIDERATIONS TECHNIQUES

Nous ne donnons pas de détails sur la technique opératoire suivie pour traiter ces malades. Nous rappellerons seulement quelques données importantes.

La gastrectomie subtotale est réalisée suivant la technique décrite par le Professeur Agrégé Desjacques dans *Lyon Chirurgical*, 1952.

Cette technique a les caractéristiques suivantes :

- C'est un procédé de gastrectomie Billroth II.
- Le duodénum est fermé par un procédé rapide et sûr.
- L'anastomose gastro-jéjunale est réalisée avec un bouton de Villard.

M. Desjacques utilise depuis 1953 un nouveau bouton anastomotique, fabriqué à Lyon sur ses indications par la Maison Durillon. Ce bouton est un bouton de Villard de taille intermédiaire entre le gros et le moyen Villard. La bouche anastomotique obtenue est beaucoup plus large qu'avec le moyen bouton de Villard et le bouton s'évacue plus facilement que le gros bouton de Villard (ce dernier a pu donner des accidents d'occlusion par arrêt dans la dernière anse grêle).

La gastro-entéro-anastomose est faite à la suture quand on a une zone suffisante d'estomac non envahi. Le bouton anastomotique type Villard nouveau modèle donne une bouche large et permet une anastomose quand les lésions gastriques sont déjà très étendues.

On préfère l'anastomose rétrocolique, quand elle est possible, à l'anastomose précolique moins satisfaisante pour les suites opératoires (vomissements bilieux).

La laparotomie exploratrice doit être suivie d'une réfection pariétale soigneuse, ces malades cachectiques, préascitiques ou ascitiques faisant facilement une éviscération post-opératoire.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de l'estomac, malgré toutes les tentatives chirurgicales, garde un pronostic très grave.

II. — Les opérations palliatives et les opérations d'exérèse ont une mortalité opératoire importante.

128 gastro-antéro-anastomoses ont donné une mortalité de 27 %.

125 gastrectomies subtotaux ont donné une mortalité de 30 %.

III. — La gastrectomie subtotale doit être réalisée le plus souvent possible, car elle donne une survie plus longue que la gastro-entéro-anastomose. Elle est susceptible de donner des survies à longue échéance que l'on peut qualifier de guérisons.

Nous rapportons 12 observations de malades opérés depuis plus de 4 ans (12 observations sur 78 opérés avant 1950).

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse.
GABRIELLE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Octobre 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne pouvons envisager de donner ici la bibliographie complète concernant le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Par ailleurs, les seules références citées dans notre travail concernent deux publications du Docteur Desjacques (*Lyon Chirurgical*, 1948 et 1952).

En conséquence, nous n'avons pas matière à composer un chapitre spécial réservé à la bibliographie.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
<i>Chapitre premier.</i> — Considérations générales	13
<i>Chapitre II.</i> — Les opérations pratiquées	17
<i>Chapitre III.</i> — Résultats éloignés	21
<i>Chapitre IV.</i> — Observations	25
Guérisons	25
Résultats défavorables	37
Malades opérés après le 30-11-50 pour lesquels nous ne contrôlons que les résultats immédiats	66
<i>Chapitre V.</i> — Eléments du pronostic	87
<i>Chapitre VI.</i> — Considérations techniques	91
Conclusions	93

